



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

فاعلية برنامج علاجي مقترح قائم على أساليب اللعب للتخفيف من اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة
ADHD لدى الاطفال المعاقين سمعيا.

دراسة ميدانية لعينة من الأطفال بمدرسة المعاقين سمعيا- بولاية عين تموشنت-

تحت إشراف الأستاذة:

من إعداد و تقديم الطالبتين:

- سعدي زينب.

- بن عاشور حورية.

تاريخ المناقشة: 2026/06/17

- بلخشعي فضيلة .

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
عطار سعيدة	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
سعدي زينب	أستاذ محاضر -ب-	مشرفا و مقررا
بن عيسى عبد الحكيم	أستاذ محاضر - ب-	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

فاعلية برنامج علاجي مقترح قائم على أساليب اللعب للتخفيف من اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة
ADHD لدى الاطفال المعاقين سمعيا.

دراسة ميدانية لعينة من الأطفال بمدرسة المعاقين سمعيا- بولاية عين تموشنت-

تحت إشراف الأستاذة:

من إعداد و تقديم الطالبتين:

- سعدي زينب.

- بن عاشور حورية.

تاريخ المناقشة: 2026/06/17

- بلخشعي فضيلة .

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
عطار سعيدة	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
سعدي زينب	أستاذ محاضر -ب-	مشرفا و مقررا
بن عيسى عبد الحكيم	أستاذ محاضر - ب-	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

الطالبة بن عاشور حمورية :

هذه المذكرة هي صدقة جارية على روح أبي
الطاهرة رحمه الله

أسأل الله أن ينفع بها و يجعل أجرها نورا على
قبره

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de L'enseignement Supérieur et de La
Recherche Scientifique

Université Aïn Témouchent - Belhadj Bouchnih

Faculté des lettres, langues et sciences sociales



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت - بلعاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

الترخيص بإيداع مذكرة الماستر

اسم الأستاذ(ة) المشرف(ة): السعيد زينب
مذكرة التخرج في الماستر الموسومة: خاتمة برنامج علاجي مخترع قائم
على اللعب للتخفيف من تشتت الانتباه وفرط
الحركة (ADHD) لدى الأطفال المعاقين سمعيا بولاية عين تموشنت
من انجاز الطالب (بين):

1. بن عاصم حورية

2. بلخديع خديجة

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العملي

أشهد أن الطالب(بين) قد قام(ا) برفع كل التحفظات المطلوبة من طرف لجنة المناقشة.
وبإمكانه(ها) إيداع النسخة الالكترونية المصححة على مستوى المستودع الرقمي لجامعة عين تموشنت.

عين تموشنت في: 26/06/2023

امضاء رئيس اللجنة

الاسم واللقب

سني أحمد
رئيس قسم

امضاء المشرف

الاسم واللقب

د. سعدي زينب



سني أحمد
رئيس قسم
العلوم الاجتماعية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث علمي

(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): بن. جاسنو. جوجو. بيرة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 11001146.3.01.446.0.0.01

الصادرة في عين. الطلبة بتاريخ: 05/01/2023

دائرة: عين. الكيكل ولاية: عين. عين. عين. عين

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العملي

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

فاعلية برنامج علمي مقترح قائم على اللعب للتخفيف من تدهور

الانتباه وعزل الحركة لدى الأطفال ذوي صعوبات تعلمية

عين تموشنت

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت في: 08/01/2023

امضاء المعني

Houria





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث علمي

(القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها)

أنا الممضي أسفله،

الطالب (ة): بلخيشي فهدسية

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110001463028830004

الصادرة في عين تموشنت بتاريخ: 2021/01/30

دائرة: عين تموشنت ولاية: عين تموشنت

والمسجل بكلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العملي

والمكلف بإنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي، الموسومة بعنوان:

أثر علاج علاجي مقترح قائم على اللعب التخفيين في تنشئة
النساء و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمياً بولاية
عين تموشنت

أصرح بشرفي أن ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في
إنجاز مذكرة الماستر المذكورة أعلاه.

عين تموشنت ن: 2021.06.28

امضاء الممضي

"و آخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين" ،

الحمد لله على البدء و الختام ، من قال أنا لها نالها ، و أنا لها و إن أبت أتيت بها رغماً عنها
لقد كانت الرحلة طويلة مليئة بالإخفاقات و النجاحات فخورة حقاً بكفاحي ، هي لحظة لظالما انتظرتها و
حلمت بهذا اليوم لسنين طويلة و ها اليوم أطوي آخر صفحة من حكاية كنت أنا بطلتها
أود أن أهدي نجاحي إلى نفسي إلى تلك التي أصبحت اليوم أخصائية نفسانية التي صبرت، كافحت ،
سهرت ، فلولا قوتي و عزيمتي لما وصلت إلى ما أنا عليه فالحمد لله الذي بنعمته يتم كل عمل صالح ،
أهدي تخرجي إلى من كان بيننا وعد النجاح و ها أنا أفي اليوم بوعدني ، إلى ذلك العظيم الذي علمني أن
الدنيا كفاح سلاحها العلم و المعرفة و نسي أن يعلمني كيف أعيش بدونه إلى من كان محباً للعلم و التعلم
داعمي في خطواتي ، تمنيت حقاً لو بقيت و شاهدتني اليوم كيف حققت حلمك وواصلت الطريق
لأجلك أبي رحمك الله و جعل قبرك نورا و جعلك من أهل الفردوس الأعلى فرحيلك كسرني
إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها ملاكي الرائع إلى سندي في الدنيا إلى تلك الصبورة التي
أصبحت من أجلنا تقوم بدور الأب و الأم فقط لكي لا نشعر بالوحدة و النقص تلك التي تخلت عن
أولوياتها من أجلنا فقط أمني جزاك الله خيراً و حفظك من كل شر لولاك لما أكملنا الطريق
إلى تلك الهدايا الجميلة التي رزقني الله بهم إخوتي أنتم قوتي و سبب سعادتي جعلنا الله متحدين دائماً و
جعل شملنا متماسك فأنا بدونكم وحيدة (أمينة، حوسين ،هاجر ،عائشة)
إلى طاقتي الايجابية يا من جمعني بها أجمل صدف الدنيا لتصبح أختا و ملاذا عند الضعف
(مريم) دمتي رفيقتي مدى الحياة
إلى صديقة طفولتي و رفيقة دربي (حيزية) حفظك الله و جعل صداقتنا إلى الأبد
إلى من جمعني بهم سبل العلم و المعرفة طيلة الخمس سنوات (فضيلة، سهيلة) جزاكم الله خيراً و
جعلنا معاً دائماً

نحمد الله حمداً كثيراً على النجاحات

الطالبة: بن عاشور حورية

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ﴾

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على خير الخلق محمد صلى الله عليه وسلم.

أهدي ثمرة جهدي هذا، بعد مسيرة خمس سنوات من التعب والاجتهاد، إلى نفسي أولاً....

إلى أبي الغالي عبد القادر، الذي كان سندي وقوتي، والذي لم يبخل عليّ بدعمه وتشجيعه في كل خطوة،

فكان حضوره نعمة لا تقدر بثمن، أسأل الله أن يجزيه عني خير الجزاء وأن يحفظه ويديمه تاجاً على

رأسي.

إلى أمي الحبيبة، التي كانت طوال السنة الجامعية إلى جانبي، تدعمني بدعائها وصبرها وحنانها، ربي

يطول في عمرها ويحفظها لي، فهي النور الذي أنار طريقي، والسند الذي لا يميل.

إلى أخواتي العزيزات زينب وخيرة، اللواتي شاركني كل لحظات التعب والفرح، وكان لهن دور كبير

في دعمي ومساندتي أنتم سندي في هذه الحياة، وفرحتي التي لا تزول، أسأل الله أن يحفظهما لي ويديم محبتنا دائماً.

إلى أخي الغالي، الذي كان لي سنداً مادياً ومعنوياً، فجزاه الله عني كل خير، وإلى زوجته وفاء التي كانت

بدورها مثلاً للدعم والتشجيع.

إلى من اختاره قلبي قبل عيني اسماعيل إلى خطيبي شريك دربي وحلمي الذي أصبح حقيقة أسأل الله أن يديم حبنا ويجمعنا دائماً على خير

كما لا يفوتني أن أوجه إهدائي إلى كتاكيتي الصغار: هدى، ياسين، أمير، جنان، سارة، عبد الصمد،

ولقمان... إلى تلك القلوب البريئة التي كانت مصدر سعادة وبهجة في حياتي، وطاقتي الإيجابية وأتمنى من أعماق قلبي أن أراكم في أعلى المراتب، ناجحين ومتفوقين في حياتكم، وأن يحقق الله لكم كل ما تتمنونه، وأن يحفظكم ويجعل مستقبلكم مليئاً بالنور والنجاح.

إلى صديقاتي الغاليات حورية وسهيلة...رفيقات دربي في الجامعة طيلة 5 سنوات، كنتم فيها أجمل صديقة وأصدق صحبه أسأل الله أن يديم صداقتنا، ويجمعنا دائماً على الخير والمحبة.وفي الأخير، أسأل الله أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم، وأن ينفع به، وأن يوفقنا لما فيه الخير و الصلاح

{ الحمد لله رب العالمين }

الطالبة: بلخشي **صلى**

شكر و تقدير

الحمد لله الذي بنعمته يتم كل عمل صالح ، والذي وفقنا وأعاننا على إتمام هذا العمل، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين.

بعد مسيرة من الجهد والعمل، يسرنا أن نتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع، والذي كان ثمرة دعم وتوجيه من العديد من الأشخاص

قبل كل شيء نود شكر الأستاذة المشرفة سعدي زينب على اشرافها القيم و نصائحها السديدة، و صبرها و تفانيها في توجيهنا طوال فترة انجاز هذا العمل جزاك الله خيرا أستاذتنا .

نتقدم كذلك بجزيل الشكر و التقدير إلى كل طاقم مدرسة المعاقين سمعيًا، كل باسمه و مقامه على حسن الاستقبال والتعاون، وعلى إتاحة الفرصة لنا لخوض هذه التجربة الميدانية القيّمة، مشكورون على دعمكم لنا

نشكر الأخصائيات النفسانيات العاملات بالمدرسة على دعمهن، توجيهاتهن، ومساعدتهن التي كان لها الأثر الكبير في إثراء هذا البحث منذ خطوتنا الأولى في المدرسة جعلها الله في ميزان حسناتكن .

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر العظيم إلى أولياء التلاميذ و معلماتهم على تعاونهم معنا فلولاكم لما اكتمل العمل

نحي و نشكر كل أساتذة قسم العلوم الاجتماعية، على ما قدموه لنا من تكوين علمي ومعرفي ساهم في بناء هذا العمل . فنحن اليوم أخصائيات نفسانيات بفضلكم أنار الله دروبكم

وفي الأخير، نشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذه المذكرة

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعياً، وذلك من خلال معرفة مدى تأثير هذا البرنامج في تعديل سلوك الأطفال المعاقين سمعياً، إذ أنه تم تصميم برنامج علاجي متخصص يشمل أساليب اللعب العلاجية المكيفة على حسب نوع الإعاقة (الإعاقة السمعية) لدى الأطفال. يهدف إلى تخفيف من فرط الحركة ويزيد من مستوى الانتباه والتركيز لدى هذه الفئة، إذ أن الدراسة الحالية قد اعتمدت على المنهج الشبه تجريبي نظراً لتلاؤمه مع طبيعة الدراسة حيث تم استخدام الملاحظة والمقابلة العيادتين و القياس قبلي و بعدي و تتبعي لقياس سلوك الطفل من وجهة نظر الوالدين و المعلم باستخدام مقياس كونرز (لبن حمادي 2018) كما شملت العينة ستة (06) حالات منهم خمسة اناث و ذكر واحد ملتحقون بالمدرسة الخاصة بالأطفال المعاقين سمعياً ، بولاية عين تموشنت حيث تراوحت أعمارهم بين 08 سنوات و 13 سنة ، كذلك تم تطبيق اختبار رافن للكفاء بهدف الحصول على عينة متجانسة، و بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على اللعب أجري القياس البعدي باستخدام نفس المقياس بهدف تقييم مدى فاعلية البرنامج العلاجي في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الطفل المعاق سمعياً، و بعد فترة من تطبيق البرنامج قمنا كذلك و بنفس المقياس تطبيقه تتبعياً ، قصد معرفة ما اذا حافظ البرنامج على فاعليه، و قد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم و لوالدين.

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس العدي و القياس التتبعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم والوالدين

مما يوضح لنا أن للبرنامج العلاجي فاعلية في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعياً في الأخير تم تقديم الاسهامات العلمية لهذه الدراسة بالاضافة إلى توصيات واقتراحات الكلمات المفتاحية:، البرنامج علاجي ، اللعب ، فرط الحركة ،تشتت الانتباه ،الأطفال المعاقين سمعياً.

Abstract

The aim of this study was to assess the effectiveness of a play-based therapeutic program in alleviating attention-deficit/ hyperactivity in children with hearing impairments, by assessing the program's impact on modifying the behavior of these children. A specialized therapeutic program was designed that incorporates therapeutic play methods adapted to the specific type of disability (hearing impairment in children. It aims to reduce hyperactivity and increase attention and concentration levels in this group, The current study adopted a quasi-experimental design due to its suitability for the nature of the study. Clinical observation, interviews, and pre- and post-tests were used to measure the children's behavior from the perspectives of parents and teachers using the Conners Scale (Laban Hamadi, 2018). The sample included six (6) cases—five girls and one boy—enrolled in a special school for children with hearing impairments in the province of Ain Temouchent, with ages ranging from 8 to 13 years. The Raven's Intelligence Test was also administered to ensure a homogeneous sample. After implementing the play-based therapeutic program, a post-test was conducted using the same scale to evaluate the program's effectiveness in reducing hyperactivity and inattention in children with hearing impairments. After a period of implementing the program, we also administered the same scale in a follow-up assessment to determine whether the program maintained its effectiveness. The following results were obtained:

- There were statistically significant differences between the mean scores of the experimental group on the pre-test and post-test after implementing the therapeutic program on the Conners Teacher Rating Scale and the Conners Parent Rating Scale.
- There were no statistically significant differences between the mean scores of the experimental group on the pre-test and follow-up test after implementing the intervention program, as measured by the Conners Teacher and Parent Rating Scales.

This demonstrates that the therapeutic program is effective in reducing hyperactivity and inattention among children with hearing impairments. Finally, the scientific contributions of this study were presented, along with recommendations and suggestions.

Keywords: therapeutic program, play, hyperactivity, inattention, children with hearing impairments.

Résumé

Cette étude visait à vérifier l'efficacité d'un programme thérapeutique axé sur le jeu pour atténuer l'hyperactivité et le trouble déficitaire de l'attention (TDA) chez les enfants sourds, en évaluant son impact sur leur comportement. Un programme thérapeutique spécialisé intégrant des techniques de thérapie par le jeu adaptées aux déficiences auditives des enfants a été conçu. Ce programme avait pour objectif de réduire l'hyperactivité et d'améliorer les niveaux d'attention et de concentration chez ce groupe. Compte tenu de la nature de l'étude, une approche quasi-expérimentale a été adoptée. Un pré-test a été utilisé pour mesurer le comportement des enfants tel que perçu par les parents et les enseignants. L'échelle de Conners a été utilisée pour diagnostiquer le trouble et déterminer sa gravité, ainsi que pour évaluer le comportement des enfants avant le traitement. L'échantillon comprenait six enfants (cinq filles et un garçon) inscrits dans une école spécialisée pour enfants sourds de la ville d'Ain Temouchent. Les enfants étaient âgés de huit à treize ans. Le test de Raven a également été administré. Afin d'obtenir un échantillon homogène, le post-test a été réalisé à l'aide de la même échelle après la mise en œuvre du programme de traitement par le jeu. L'objectif était d'évaluer l'efficacité du programme dans la réduction de l'hyperactivité et de l'inattention chez les enfants malentendants. Après avoir appliqué le programme pendant un certain temps, un suivi a été effectué à l'aide de la même échelle afin de déterminer si le programme avait conservé son efficacité. Les résultats suivants ont été obtenus :

- Des différences statistiquement significatives ont été observées dans les scores moyens du groupe expérimental lors du pré-test et du post-test après l'application du programme de traitement aux échelles d'évaluation Conners pour les enseignants et les parents.
- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les scores moyens du groupe expérimental lors des pré-tests et post-tests après la mise en œuvre du programme de traitement à l'aide des échelles d'évaluation Conners pour enseignants et parents.

Cela nous montre que le programme de traitement est efficace pour réduire l'hyperactivité et l'inattention chez les enfants sourds.

Enfin, les contributions scientifiques de cette étude ont été présentées, accompagnées de recommandations et de suggestions.

Mots-clés : Efficacité, programme thérapeutique, jeu, hyperactivité, inattention, enfants sourds.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان	الرقم
أ	إهداء .	/
ب	شكر و تقدير .	/
ج	ملخص باللغة العربية .	/
و	ملخص باللغة الانجليزية .	/
هـ	ملخص باللغة الفرنسية .	/
ر	فهرس المحتويات .	/
ل	فهرس الجداول .	/
م	فهرس الأشكال .	/
ن	فهرس الملاحق .	/
1	مقدمة .	/
4	الفصل الأول: إشكالية الدراسة و الدراسات السابقة	
5	الخلفية النظرية و طرح إشكالية الدراسة .	01
10	فرضيات الدراسة .	02
11	أهداف الدراسة .	03
12	أهمية الدراسة .	04
13	المفاهيم الاجرائية للدراسة.	05
14	حدود الدراسة .	06
14	عرض الدراسات السابقة و التعقيب عليها	07
24	الفصل الثاني : الإطار النظري لمتغيرات الدراسة	
27	تمهيد .	/
أولاً: العلاج باللعب		
28	نشأة العلاج باللعب .	01

29	تعريف اللعب .	02
30	تعريف العلاج باللعب .	03
31	أنواع اللعب .	04
39	النظريات المفسرة للعلاج باللعب .	05
41	أهمية العلاج باللعب .	06
43	العوامل المؤثرة في اللعب .	07
45	اللعب السوي و اللعب الغير سوي .	08
48	أهداف العلاج باللعب .	09
49	دور المعالج النفسي في العلاج باللعب .	10
ثانيا: اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه		
51	نبذة تاريخية حول اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.	01
54	تعريف اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	02
56	أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	03
60	أعراض الدليل التشخيصي للأمراض العقلية و النفسية DSM5.	04
62	أسباب اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	05
65	النظريات المفسرة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.	06
69	تشخيص اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	07
72	التشخيص الفارقي لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	08
73	الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه	09
75	آثار اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	10
77	مآل اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .	11
ثالثا: الإعاقة السمعية		
79	تعريف الإعاقة .	01

79	تعريف الاعاقة السمعية .	02
80	تعريف المعاق سمعيا .	03
81	تعريف ضعاف السمع .	04
82	تصنيف الاعاقة السمعية .	05
83	تركيب الأذن .	06
88	أنواع فقدان السمع .	07
90	أسباب الاعاقة السمعية .	08
91	الكشف عن الاعاقة السمعية .	09
94	خصائص المعاقين سمعيا .	10
98	أهم المشكلات التي يواجهها الصمم و ضعاف السمع .	11
102	طرق التواصل مع المعاقين سمعيا .	12
106	دور الأخصائي في التعامل مع المعاقين سمعيا .	13
107	خلاصة .	/
108	الفصل الثالث: البرنامج العلاجي المقترح	
109	تمهيد .	/
109	تعريف للبرنامج العلاجي .	01
109	أهداف البرنامج العلاجي .	02
110	الإطار النظري للبرنامج العلاجي .	03
110	التخطيط العلمي لتصميم البرنامج العلاجي .	04
111	استراتيجيات سير البرنامج العلاجي .	05
112	عرض مفصل لمحتوى البرنامج العلاجي .	06
113	جلسات البرنامج العلاجي .	07
119	خلاصة .	/
121	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة .	
122	تمهيد .	/

122	الدراسة الاستطلاعية .	أولاً
122	الهدف من الدراسة الاستطلاعية .	01
123	منهج الدراسة الاستطلاعية .	02
125	عينة الدراسة الاستطلاعية .	03
126	مجال الدراسة الاستطلاعية .	04
126	أدوات الدراسة الاستطلاعية .	05
131	الخصائص السيكومترية للمقياس	06
134	الدراسة الأساسية .	ثانياً
134	متغيرات الدراسة الأساسية .	01
135	مجتمع و عينة الدراسة الأساسية .	02
136	منهج الدراسة الأساسية .	03
136	تجانس أفراد الدراسة الأساسية .	04
136	أدوات الدراسة الأساسية .	05
	الخصائص السيكو مترية للمقياس .	06
137	الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية .	07
138	خلاصة .	/
139	الفصل الخامس : عرض و مناقشة و تفسير نتائج الدراسة .	
140	تمهيد .	/
140	عرض وصفي لحالات الدراسة .	أولاً
157	التذكير بفرضيات الدراسة .	ثانياً
158	عرض نتائج الفرضية الرئيسية .	01
158	عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى .	02
160	عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية .	03

161	عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة .	04
162	عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة .	05
163	عرض نتائج الفرضية الفرعية الخامسة .	06
164	مناقشة نتائج الفرضيات .	ثالثا
164	مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية .	01
165	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى و الثانية .	02
167	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة و الرابعة .	03
168	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الخامسة .	04
170	الاستنتاج .	/
170	الاسهامات العلمية للدراسة .	/
172	التوصيات و الاقتراحات .	/
174	المراجع.	/
182	الملاحق.	/

فهرس الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
52	يمثل تطور مفهوم اضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية .	01
112	يمثل محتوى البرنامج العلاجي .	02
114	يمثل جلسات البرنامج العلاجي .	03
125	يمثل مواصفات حالات الدراسة .	04
129	يمثل تصنيف لدرجات مقياس كونرز .	05
135	يمثل أفراد عينة الدراسة .	06
159	يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي و البعدي لمستوى فرط النشاط و تشتت الانتباه لقياس المعلم .	07
160	يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي و البعدي لمستوى فرط النشاط و تشتت الانتباه لقياس الوالدين .	08
161	يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في القياس البعدي و المتبعي لمستوى فرط النشاط و تشتت الانتباه لقياس المعلم	09
162	يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في القياس البعدي و المتبعي لمستوى فرط النشاط و تشتت الانتباه لقياس الوالدين .	10
163	تمثل أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا .	11

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
32	يمثل أنواع اللعب حسب الوظيفة.	01
37	يمثل أنواع اللعب حسب المكان.	02
38	يمثل أنواع اللعب حسب التوجيه.	03
88	يمثل تشريح الأذن.	04
124	يمثل تصميم الدراسة.	05

فهرس الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
182	يمثل ملحق النتائج الأحصائية	01
185	يمثل مقياس كونرز للمعلم	02
187	يمثل مقياس كونرز للوالدين .	03
192	يمثل مصفوفات اختبار رافن للذكاء .	04
234	يمثل وثيقة ادارية .	05

مقدمة

مقدمة :

شهدت العقود الأخيرة تزايداً ملحوظاً في انتشار مختلف الاضطرابات النمائية والسلوكية التي تؤثر بشكل مباشر في حياة الأطفال، كما أن هذه الاضطرابات لم تعد حالات معزولة، بل أصبحت تمثل ظاهرة تستدعي البحث والدراسة نظراً لانعكاساتها المتعددة على الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية. ومن بين هذه الاضطرابات، يبرز اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بوصفه كأحد أكثر الاضطرابات شيوعاً، لما يعرف به من صعوبات في التركيز، واندفاعية في السلوك، ونشاط حركي زائد، الأمر الذي يعرقل تكيف الطفل داخل البيئة الأسرية والمدرسية على حد سواء.

ولا تقتصر آثار هذا الاضطراب على الأطفال العاديين فحسب، بل تزداد حدته وتعقيداته عندما يقترن بوجود إعاقة حسية أو نمائية، كالإعاقة السمعية، التي تُعدّ في حد ذاتها عائقاً أمام تطور مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. فالطفل المعاق سمعياً يواجه تحديات إضافية تتمثل في محدودية المدخلات اللغوية وصعوبة فهم التعليمات اللفظية، مما قد يفاقم من مظاهر تشتت الانتباه ويزيد من السلوكيات الحركية غير المنظمة، نتيجة الإحباط أو ضعف القدرة على التعبير عن الاحتياجات.

وفي ضوء هذه التحديات المركبة، زادت الحاجة إلى تبني أساليب علاجية وتربوية تهتم بالخصائص النمائية لهذه الفئة، وتستجيب لاحتياجاتها بطرق غير تقليدية. إذ يعتبر العلاج باللعب من أهم هذه الوسائل، حيث يقوم على توظيف اللعب كأسلوب تعليمي وعلاجي في آن واحد، مستفيداً من كونه النشاط الأقرب إلى عالم الطفل والأكثر تعبيراً عن خبراته الداخلية. فاللعب لا يعد مجرد ترفيه، بل هو وسيلة فعّالة لتنمية الانتباه، تنظيم السلوك، وتعزيز التفاعل الاجتماعي، خاصة لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التواصل اللفظي.

كما يكتسب العلاج باللعب أهمية خاصة في حياة الأطفال المعاقين سمعياً، إذ يوفر لهم بيئة تفاعلية غنية بالخبرات الحسية والبصرية، تسهل عليهم التعبير عن مشاعرهم والتفاعل مع الآخرين بطريقة طبيعية وآمنة، مما يسهم في التقليل من حدة الاضطرابات السلوكية، وعلى رأسها فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وانطلاقاً من ذلك، تمت هذه الدراسة لتسليط الضوء على فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب كمداخل علاجي يسهم في التخفيف من أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الطفل المعاق سمعياً،

من خلال استكشاف أبعاده النظرية والتطبيقية، ومحاولة الوقوف على مدى إسهامه في تحسين الانتباه وضبط السلوك، بما يعزز فرص اندماج الطفل في محيطه التربوي والاجتماعي بشكل أفضل، حيث تنقسم هذه الدراسة إلى شقين : واحد نظري و آخر تطبيقي إذ يحتوي الشق النظري على فصلين، تم التطرق في الفصل الأول إلى : تساؤلات الدراسة و فرضياتها ، أهدافها، أهميتها، بالإضافة إلى بعض التعريفات الإجرائية كذا حدود الدراسة ، و إلى عرض الدراسات السابقة و التعقيب عليها.

أما الفصل الثاني فقد شمل متغيرات الدراسة:

أولاً تم التطرق إلى العلاج باللعب من خلال نبذة تاريخية حوله و تعريفات إضافة إلى أهمية ، و أنواع وأهداف

ثانياً تم عرض متغير اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه، انطلاقاً من نبذة تاريخية و كذا تعريفات شاملة و مختلفة إضافة إلى أعراض و تشخيص كذا مأل و غيرها.....

ثالثاً تم تناول في هذا الفصل الإعاقة السمعية إذ تم التطرق فيها إلى مفهوم الإعاقة كذا الإعاقة السمعية ، تعريف المعاق سمعياً ، تعريف ضعاف السمع إضافة إلى تصنيف و أسباب الإعاقة

السمعية ، تركيب الأذن ، أنواع فقدان السمع ، الكشف عن الإعاقة السمعية ، خصائص المعاقين سمعياً و أم المشكلات التي يواجهونها بالعضافة إلى طرق التواصل و دور الأخصائي .

أما الفصل الثالث: فقد أشرنا فيه إلى البرنامج العلاجي المقترح القائم على اللعب ، من تعريف و أهداف بالإضافة إلى الانشطة المعتمدة فيه بأهدافها و كيفية تطبيقها ..

و بخصوص الباب الثاني فقد احتوى على ثلاث فصول:

الفصل الرابع : شمل الإجراءات المنهجية للدراسة إذ تم تقسيمه إلى جزأين أولاً الدراسة الاستطلاعية ، تمثلت في عينة الدراسة و الأهداف كذا الأدوات المستخدمة أما الجزء الثاني فالتمنا فيه الدراسة الاساسية حيث أشرنا فيه إلى عينة الدراسة و الأدوات و الأساليب الإحصائية إضافة إلى البرنامج العلاجي .

كما أن الفصل الخامس: تم فيه التذكير بفرضيات الدراسة و عرضها و مناقشتها مع النتائج المتحصل عليها.

و انتهت باسنتاج و تقديم توصيات بالإضافة إلى و قائمة المراجع المعتمدة في فصول البحث و كذلك الملاحق .

الفصل الأول :

مدخل إلى الدراسة .

الخلفية النظرية و طرح إشكالية الدراسة

فرضيات الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

المفاهيم الإجرائية للدراسة

حدود الدراسة

عرض الدراسات السابقة

التعقيب على الدراسات السابقة

إشكالية

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الحساسة التي يبني فيها الطفل مجموعة من الصور و الأفكار التي يكتشفها من حين لآخر، إذ أن في هذه المرحلة يعتمد الطفل السوي على استخدام حواسه للتعرف على الأشياء الغير مألوفة له، و من أهم هذه الحواس:

حاسة السمع التي تمكن الطفل من الإستجابة للأخريين عند سماع إسمه أو تمييز الأصوات عن غيرها فالحرمان من حاسة السمع يحرم الطفل من الخبرات اللازمة في عملية بناء الكلام باعتباره عملية دينامية .

إذ تعتبر اللغة وسيلة لتفاعل الإنسان مع بيئته فالطفل ذو الاعاقة السمعية لا يمكنه تلقي الحوارات المسموعة و بالتالي تنقص فرصته في التواصل مع أفراد مجتمعه مقارنة بمن هم من نفس عمره الذين يسمعون و ينطقون.

فالأطفال الذين يعانون من نقص أو انعدام واحدة من أهم الحواس الأساسية كالسمع يعتبرون أنهم فقدوا أهم مصدر للتواصل مع الآخرين و مع بيئتهم ، إذ أن المعاق سمعيا لا يمكنه استخدام اللغة اللفظية للتواصل مع الأفراد العاديين بل يلجؤون إلى لغة الرموز و الإشارات للتعامل معهم، حيث أن هذه الأخيرة يصعب فهمها لدى البعض مما يسبب حرج و احباط لدى الطفل المعاق سمعيا كلما رغب في التعبير عن ما يريد. و في حال فقدان الطفل القدرة على التواصل اللغوي فإنه يعاني من المشكلات التكيفية

حيث ترى (الشقير 2001) أن من معالم شخصية الطفل المعاق سمعيا أنها تتسم بعدة سمات انفعالية منها الشعور بالدونية و الشك و نقص الثقة بالذات لديه و سوء التوافق الانفعالي.(حمشاوي، 2023، ص

و نتيجة لمعاناة المعاق سمعيا فإن هنالك العديد من المشكلات السلوكية الغير مرغوبة و التي يشتكي منها المحيطين به على أنها سلوك سلبي مزعج وهي بالنسبة له اسلوب تعبير عن انفعالاته نجد من بينها فرط نشاط الحركي و تشتت الانتباه على رأس القائمة السلوكية، حيث أنهم يحاولون تفرغ عقدة نقص السمع لديهم في سلوك فرط الحركة و تشتت الانتباه ضنا منهم جلب انتباه الآخرين بهذا التصرف.

و في إطار الاطلاع على مختلف النظريات العلمية و تفسيراتها لهذا المشكل نجد أن النظرية السلوكية أعطت التفسير المناسب لهذا النوع من المشكلات السلوكية، اذ تعتبر أن اضطراب فرط النشاط الحركي ينشأ لدى الطفل نتيجة نقص في سلوكيات المحبة والحنان والرعاية. كما أن ردود الفعل السلبية مثل الرفض والنقد من الوالدين أو من الآخرين تؤدي إلى شعور الطفل بالقلق، مما يسهم في ظهور الاضطراب لديه (بن عامر، مزري، 2025).

وقد جاء الاهتمام في دراستنا الحالية بالأطفال من فئة المعاقين سمعيا خصوصا و أنهم يعيشون شعورا سلبيا عن غيرهم من الأطفال العاديين حيث أن هذه الظاهرة لاتعد مشكلة سلوكية فقط بل هي اضطراب عميق في النمو الانفعالي مما يفرض علينا نحن كأخصائيين نفسانيين تبني اساليب و طرق علاجية لمساعدة هذه الفئة من الأطفال و ضبط سلوكهم كذا الحد و التخفيف من حركتهم و نشاطهم الزائد، حيث أن هناك عدد من الأدبيات السابقة التي اهتمت بهذه الفئة من جوانب مختلفة فنجد من بينها دراسة(عمرية 2021) والتي اهتمت بمعرفة علاقة فرط الحركة و تشتت الانتباه بصعوبات التعلم لدى الطفل المعاق سمعيا، حيث أسفرت نتائجها عن أن تشتت الانتباه و الفرط الحركي لهما تأثير فعال في صعوبات التعلم .

و في نفس السياق نجد دراسة (Haddal , khodja 2018)

و التي هدفت إلى البحث في دور النشاط البدني الرياضي الترويحي في التقليل من بعض الضغوط النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعياً. و توصلت هذه الدراسة إلى نتائج مفادها أن للنشاط الرياضي دور إيجابي في التقليل من الضغوط النفسية (كالفرط الحركي).

إضافة إلى دراسة (ركزة 2012) التي اهتمت هي الأخرى بالبحث في العلاقة بين فرط النشاط و التحصيل عند الطفل الأصم ، حيث أسفرت النتائج على أنه هناك علاقة دالة بين فرط الحركة و التحصيل و بين تشتت الانتباه و التحصيل .

وعلى هذا الأساس تم تصميم برنامج علاجي قائم على اللعب كأحد أهم الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي للأطفال، خاصة وأن المراجعة الأدبية للدراسات السابقة تبين من خلالها غياب الدراسات التي اهتمت بتطبيق مثل هذه البرامج مع فئة حساسة تنتمي لمؤسسات المعاقين سمعياً - على حد اطلاع الطالبتين- ، وذلك بالاستناد على عدد من الدراسات .

وفي حديثنا عن اللعب كذلك فهو ليس مجرد نشاط ترفيهي بل أداة علاجية فعالة في تعديل السلوك، حسب ما اثبتته الدراسات السابقة منها دراسة،(بن عامر و مزري 2025) الموسوم ب فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من صعوبات التعلم لدى التلاميذ المصابين بفرط نشاط الحركي و تشتت الانتباه و التي هدفت إلى التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من صعوبات التعلم لدى التلاميذ المصابين بفرط نشاط الحركة و تشتت الانتباه و أسفرت نتائجها أنه للبرنامج فاعلية إذ تحسن سلوك الأطفال.

كما أن طفل اليوم يعتبر رجل المستقبل الذي يبني عليه مجتمع زاهر يساهم بشكل كبير في تطوره، لهذا عمدت الجزائر على بناء مراكز مخصصة للتكفل بهذه الفئة و دمجها في المجتمع و هنا تسقط على عاتقنا كل المسؤولية لجعل هذه الفئة سوية و تتمتع بكامل صحتها النفسية.

و قد أشارت العديد من الدراسات أن مرحلة الطفولة هي أكثر المراحل التي تنتشر فيها السلوكيات التي تتدرج تحت مسمى فرط النشاط الحركي عند الأطفال الذين يعانون من مشاكل فيزيولوجية خاصة عند الذين فقدوا أهم حاسة كالأطفال المعاقين سمعياً، والتي عملت على بناء برامج علاجية للتكفل بهذه الفئة من جوانب مختلفة نجد أبرزها دراسة (صالح الهذيلي 2005) الموسومة ب فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة، و قد هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً، و قد اسفرت النتائج على ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في أداء الأطفال على الجرجة الكلية للقياس البعدي و لاختبار تورانكس و الدرقة الكلية للاختبار .

كما نجد دراسة (قارح و قارة 2019) الموسومة ب فعالية العلاج باللعب في خفض أعراض فرط الحركة و نقص الانتباه لدى الأطفال، و التي هدفت إلى تقديم برنامج علاجي باللعب بغية خفض أعراض اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه لدى الأطفال، كما توصلت الدراسة إلى نتائج تنص على أنه للعلاج باللعب فعالية في خفض فرط الحركة.

كذا فإننا في نفس المسار نجد دراسة (رزوق ، و لغريشي 2023) بعنوان دور اللعب في التخفيف من نشاط فرط الحركة و نقص الانتباه لدى اطفال الروضة حيث هدفت على الكشف و التعرف من خلال رسم الرجل على مؤشرات النشاط الحركي الزائد و التعرف على فعالية و تأثير اللعب في التخفيف من نشاط فرط الحركة و نقص الانتباه لدى اطفال الروضة ، إذ أن نتائجها اسفرت على أنه للعب دور في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى اطفال الروضة .

و بناءاً على التأيير النظري السابق نلاحظ أن جل الدراسات المشار إليها تناولت برنامج علاجي حول الأطفال أو حتى حول فئات خاصة أخرى أما الدراسات التي بحثت عن هذه الفئة ما تزال محدودة - على

حد اطلاع الطالبتين - ،و من هذا المنطلق الذي يسمح لنا بتبني أساليب و برامج علاجية على أساس اللعب للتخفيف م تشتت الانتباه و فرط الحركة يمكننا طرح الإشكال التالي :

❖ ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على أساليب اللعب في التخفيف من اضطراب تشتت

الانتباه و فرط الحركة ADHD لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعياً؟

ولتوضيح اشكالية الدراسة تم طرح التساؤلات الفرعية التالية:

التساؤلات الفرعية :

- هل توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركي في

القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز لنسخة

المعلم؟

- هل توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في

القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز لنسخة

الوالدين؟

_ هل توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في

القياس البعدي والتتبعي على مقياس كونرز لنسخة المعلم؟

-هل توجد فروق بين أفراد المجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في

القياس البعدي والتتبعي على مقياس كونرز لنسخة الوالدين؟

- ما أثر البرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من اضطراب تشتت الانتباه و فرط

الحركة لدى لأطفال المعاقين سمعياً؟

فرضيات الدراسة:

و على هذا تم صياغة عدة فرضيات و هي كالتالي :

الفرضية الرئيسية :

- للبرنامج العلاجي القائم على أساليب اللعب فاعلية في التخفيف من اضطراب تشتت الانتباه و فرط

الحركة لدى عينة من الاطفال المعاقين سمعياً.

الفرضيات الفرعية :

- توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في لقياس

القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز نسخة المعلم.

- توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في القياس

القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز نسخة الوالدين.

- لا توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في القياس

البعدي و التتبعي على مقياس كونرز لنسخة المعلم .

- لا توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في

القياس البعدي و التتبعي على مقياس كونرز نسخة الوالدين.

- يوجد أثر للبرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى

الأطفال المعاقين سمعياً.

أهداف الدراسة:

كما تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق عدة أهداف منها :

الهدف العام :

- التعرف على مدى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة

أهداف الفرعية:

- الكشف عن الفروق بين متوسطات أفراد مجموعة العينة في لقياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز نسخة المعلم.
- الكشف عن الفروق بين متوسطات أفراد مجموعة العينة في لقياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز نسخة الوالدين.
- التعرف عن الفروق بين متوسطات أفراد مجموعة العينة في القياس البعدي و التتبعي على مقياس كونرز نسخة المعلم.
- التعرف عن الفروق بين متوسطات أفراد مجموعة العينة في القياس البعدي و التتبعي على مقياس كونرز نسخة الوالدين.
- كشف أثر البرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

أهمية الدراسة :

اهتمت الدراسة الحالية بإحدى الموضوعات البحثية المهمة في مجال علم النفس، حيث أن من أهمية هذه الدراسة نجد:

الأهمية النظرية :

- يساهم في إثراء الدراسات العلمية في مجال علم النفس العيادي.
- تسعى إلى سد الفجوة العلمية التي تركتها الدراسات السابقة حول هذا الموضوع.
- إضافة مفاهيم ومعارف جديدة حول العلاج باللعب مثل ، العلاج باللعب المرتكز على الجماعة.

الأهمية التطبيقية :

- التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة من خلال العلاج باللعب لدى أطفال المعاقين سمعياً .
- تفيد مؤسسات الخاصة بالأطفال المعاقين سمعياً في تصميم أنشطة تربية فعالة قائمة على اللعب تفيد مصلحة الطفل .
- الحد من النشاط الزائد من خلال ممارسة أنشطة العلاج باللعب القائمة على التركيز و نقص الحركة بشكل صحيح.
- بناء برنامج علاجي قائم على اللعب مكيف مع خصائص الإعاقة السمعية للتخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة .

التعاريف الإجرائية :

❖ البرنامج العلاجي : هي مجموعة من الأنشطة التي اعتمدت في هذه الدراسة و التي ضمت 23

جلسة في حوالي ثلاث أشهر

❖ اللعب : هو نشاط و سلوك تلقائي هام في حياة و طفولة جميع الأطفال حيث يعبرون من خلاله

عن صراعاتهم و ميولهم بالإضافة إلى افراغ الشحنات السلبية وهناك عدة أنواع للعب كاللعب التركيبي واللعب ذو القواعد والألعاب الرمزية .

❖ العلاج باللعب : وهو تقنيات وأساليب نعتمدها في البرنامج المصمم في هذه الدراسة من أجل

تطبيق نشاطات وألعاب تكون بهدف علاج السلوك أو مشكل ما منها (كالعلاج الجماعي : شد الحبل، التمثيل، و العلاج الفردي كاللعب الحر).

❖ فرط الحركة و تشتت الانتباه: حركات جسدية تفوق الحد الطبيعي المعقول بالإضافة الى

سلوك اندفاعي مفرط و غير ملائم للموقف و نقص عالي في التركيز مما يسبب عرقلة او مشاكا في الحياة اليومية للطفل و يقدر بحسب الدرجة المتحصل عليها من خلال مقياس كونرز للفرط الحركي .

❖ الطفل المعاق سمعيا : هو الطفل الفاقد لحاسة السمع مما تجعل الحوارات المسموعة ثقيلة

بالنسبة له مع و بدون معينات و أجهزة السمع و هو الطفل المتواجد في مدرسة المعاقين سمعيا بولاية عين تموشنت.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية: شملت الدراسة الحالية عينة مكونة من 6 أطفال معاقين سمعياً من كلا الجنسين .

الحدود المكانية: تمثلت هذه الدراسة في مدرسة المعاقين سمعياً بولاية عين تموشنت .

الحدود الزمانية: تمت الدراسة في الفترة الممتدة من 10 فيفري 2026 إلى غاية 20 ماي 2026.

عرض و تعقيب الدراسات السابقة:

✓ عرض الدراسات السابقة:

-دراسة صالح الهذيلي 2005 هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة في عينة أردنية، وذلك من خلال الإجابة عن ثلاثة أسئلة هي :

ما فاعلية برنامج تدريبي للعب على تنمية مهارات التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة؟

هل تختلف فاعلية البرنامج التدريبي للعب على تنمية مهارات التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث)؟

هل تختلف فاعلية البرنامج التدريبي للعب على تنمية مهارات التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة تبعاً لتفاعل المجموعة (ضابطة و التجريبية) و الجنس (ذكور و إناث)

وللإجابة على تلك الأسئلة تم اختيار عينة تجريبية بطريقة قصدية مكونة من (17) طفلاً وطفلة من مدرسة الرجاء بحافظة الزرقاء، وعينة ضابطة مكونة من (17) طفلاً وطفلة من أطفال مدرسة الأمل

بمدينة عمان .

ولتحقيق غرض الدراسة تم بناء برنامج تعليمي مستند إلى اللعب على أفراد المجموعة التجريبية بواقع (50) جلسة، وذلك خلال الفصل الدراسي الثاني من العام 2004-2005

تم تطبيق اختبار تورانس للتفكير الابتكاري الشكلي لقياس فاعلية البرنامج التعليمي، (الصورة - ب -) على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج بوصفه اختباراً قسماً، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية ثم تطبيق اختبار تورانس للتفكير الابتكاري على المجموعتين الضابطة والتجريبية كاختبار بعدي .

وللإجابة على أسئلة الدراسة، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار القبلي والبعدي. ولمعرفة فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الأداء البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من جهة، ومدى فاعلية اختلاف البرنامج باختلاف الجنس تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في أداء الأطفال على الدرجة الكلية للقياس البعدي لاختبار "تورانس" ومهاراته (الطلاقة، والمرونة، والأصالة، والتفاصيل والدرجة الكلية على الاختبار .

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء الأطفال الذكور، ومتوسط أداء الأطفال الإناث على اختبار "تورانس" للتفكير الابتكاري ومهاراته الأربعة. وبينت النتائج عدم وجود اثر ذي دلالة إحصائية للتفاعل بين البرنامج والجنس في التفكير الابتكاري ومهاراته .

-دراسة ركزة سميرة 2012 هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين فرط النشاط و التحصيل عند الأصم و لتحقيق الأهداف اتبعنا المنتج التجريبي حيث بلغت دراستنا عينة مكونة من حالتين و قد تم الاعتماد على مجموعة ادوات منها الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و الدليل التشخيصي للأمراض

النفسية بالإضافة إلى مقياس كونرز و البرنامج و قد اسفرت النتائج على أن هناك علاقة دالة بين فرط الحركة و التحصيل و بين تشتت الانتباه و التحصيل .

-دراسة هـدال و خوجة 2018 هدفت هذه الدراسة التعرف إلى دور النشاط البدني الرياضي الترويحي في التقليل من بعض الضغوط النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعيا، حيث اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي مستخدمين استمارة استبيان على عينة قدرها (13) مدرس بمدرسة المعوقين سمعيا ببلدية أم البواقي بواقع (07) مدرسات و(06) مدرسين تم اختيارهم بطريقة قصدية ، وقد توصل الباحثان إلى النتائج التالية : - للنشاط البدني الرياضي الترويحي دور إيجابي في التقليل من بعض الضغوط النفسية (الاكتئاب ، فرط الحركة و تشتت الانتباه، السلوك العدوانية) لدى التلاميذ المعاقين سمعيا . - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المدرسين حول دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من بعض الضغوط النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعيا تعزى لمتغيرة (الجنس، الخبرة المهنية، الطور الذي يعمل فيه المدرس)

-دراسة قارة و قارح 2019 تهدف هذه الدراسة إلى تقديم برنامج عالجي باللعب بغية خفض أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال، و هو برنامج يعمل على تدريب عينة (حالات الدراسة) على بعض المهارات مثل التركيز، تقليل من الحركة، الإصغاء، إنهاء النشاط و الاختيار و الانتقاء...الخ، و من ثم اختبار مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجي .ولتحقيق هدف الدراسة قمنا بإجراء دراسة ميدانية تم فيها إتباع المنهج التجريبي المصمم لمجموعة واحدة. تألفت عينة الدراسة من حالتين من الأطفال عمرهم 5 سنوات يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، و تبعاً للمنهج المختار تم استخدام الأدوات البحثية الآتية :

-الملاحظة العيادية.

-المقابلة العيادية .

-الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية و النفسية DSM-5 .

-مقياس كونرز لتقدير درجة اضطراب الطفل (تطبيق قبلي و بعدي) .

-برنامج علاجي باللعب (من إعداد الباحثين) أظهرت النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب في خفض أعراض فرط الحركة ونقص الانتباه لدى حالات الدراسة، ووجدت فروق دالة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لأعراض فرط الحركة ونقص الانتباه .

-دراسة بيزات 2021 يتمحور موضوع دراستنا حول علاقة فرط الحركة وتشتت الانتباه بصعوبات تعلم القراءة لدى الطفل المعاق سمعياً. أول مرحلة قمنا بها وهو اختيار عينة دراستنا تتراوح أعمارهم ما بين 8-10 سنوات و متمرسين بالسنة الثالثة والرابعة ابتدائي و مكونه من مجموعتين مجموعة الأطفال المعاقين سمعياً والحاملين للتجهيز الكلاسيكي ومجموعة الأطفال المعاقين سمعياً والحاملين للزرع القوقعي ويعانون من صعوبات القراءة وهذا حسب التحصيل الأكاديمي للعينة المدروسة. حيث قمنا بتطبيق 3 اختبارات، الأول اختبار الذكاء حتى تكون عينة الدراسة تتمتع بنفس درجة الذكاء كما طبقنا أداة ثانية وهو استبيان تشخيص حالات فرط الحركة و تشتت الانتباه ومنقسم إلى قسمين الأول استبيان خاص بالأسرة والثاني استبيان خاص بالمدرسة كما طبقنا اختبار ثالث وهو اختبار تشخيص القراءة وفي الأخير أسفرت النتائج إلى أن تشتت الانتباه والإفراط الحركي له تأثيراً فعالاً، إيجابياً وقوياً على صعوبات تعلم القراءة لدى عينة دراستنا وهي أطفال المعاقين سمعياً والحاملين للتجهيز الكلاسيكي و الحاملين للزرع القوقعي .

-دراسة رزوق عومرية أسماء و لقريشي الهام 2023 هدفت هذه الدراسة للكشف و التعرف من خلال رسم الرجل على مؤشرات النشاط الحركي الزائد و مؤشرات نقص الانتباه و التعرف على فعالية و تأثير اللعب في التخفيف من نشاط فرط الحركة و نقص الانتباه عند أطفال الروضة عبر المقابلة الغير موجهة

و الملاحظة العيادية و اختبار رسم الرجل العالمة فلورانس جودناف في عام (1926). و لتحقيق الأهداف اتبعنا المنهج العيادي القائم على تقنية دراسة حالة حيث بلغت عينة دراستنا حالتين تم اختيارهم من قبل المريبة يبلغان من العمر (5 سنوات) من أطفال الروضة المشخصين باضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه و أسفرت النتائج على: - تحققت الفرضية العامة التي تنص على دور اللعب في التخفيف من نشاط فرط الحركة و نقص الانتباه عند أطفال الروضة بشكل جزئي مع حالة واحدة حيث كان للعب دور في ضبط فرط الحركة و زيادة الانتباه لديه. - تحققت الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على المؤشرات الدالة على فرط الحركة من خلال رسم الرجل بعد تحليل نتائج الاختبار - تحققت الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على المؤشرات الدالة على نقص الانتباه من خلال رسم الرجل بعد تحليل نتائج الاختبار.

-دراسة بن عامر، مزري 2024 هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من صعوبات التعلم لدى التلاميذ المصابين بفرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه، وذلك من خلال قياس مدى تأثير هذا البرنامج في تحسين أداء هؤلاء الأطفال في المرحلة الابتدائية. وقد تم تصميم برنامج علاجي متخصص يستند إلى أساليب اللعب العلاجية، يهدف إلى تطوير المهارات التعليمية وتقليل أثر صعوبات التعلم المرتبطة بفرط الحركة وتشتت الانتباه على التحصيل الدراسي اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي والمنهج شبه التجريبي، حيث تم استخدام مقياس قبلي لقياس صعوبات التعلم من إعداد الباحثة أسماء أحمد محمد عبد العالم، بغرض تشخيص وتحديد نوعية الصعوبات الأكاديمية التي يعاني منها التلاميذ. كما تم توظيف مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل، من أجل تقييم الأعراض السلوكية المرتبطة بفرط النشاط وتشتت الانتباه ، شملت العينة تلاميذ وتلميذات من الصف الثالث ابتدائي، تتراوح أعمارهم حول 8 سنوات، ويدرسون بمدرسة بوشيخي قويدر في والية عين تموشنت. وبعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على اللعب، أُجري القياس البعدي باستخدام نفس

المقياسين، بهدف تقييم مدى فعالية البرنامج في التخفيف من صعوبات التعلم وتحسين سلوك الأطفال محل الدراسة .

✓ التعقيب على الدراسات السابقة:

– من حيث الموضوع :

تشابهت دراسة (صالح الهذيلي 2005) و دراسة (قارة و قارح 2019) بالإضافة إلى دراسة (مزري و بن عامر 2025) مع دراستنا في متغير واحد فقط و من خلال التطرق الى موضوع فاعلية برنامج علاجي قائم على اللعب للتحفيف من فرط النشاط الحركي و تشتت الانتباه لدى الأطفال.

أما دراسة (ركزة 2012) و دراسة (بيزات 2021) فكانت حول العلاقة بين فرط النشاط الحركي و تشتت الانتباه بصعوبات التعلم .

و دراسة (هدال ، و خوجة 2018) فقد تطرقا إلى دور النشاط البدني الرياضي في التقليل من بعض الضغوط النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعياً.

(رزوق ، و لقرشي 2023) فقد تناولت موضوع دور اللعب في التخفيف من فرط الحركة و نقص الانتباه لدى أطفال الروضة.

– من حيث الهدف:

تسعى دراسة (صالح الهذيلي 2005) إلى استقصاء برنامج تدريبي مستند الى اللعب في تنمية التفكير الابتكاري للأطفال المعاقين سمعياً، أما دراسة (ركزة 2012) فقد هدفت إلى معرفة العلاقة بين فرط النشاط و التحصيل عند الطفل الأصم و في سياق أهداف دراسات نجد دراسة (هدال، و خوجة

(2018) التي هدفت إلى دور النشاط البدني الرياضي الترويحي في التقليل من بعض الضغوط النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعياً. و دراسة (قارة و قارح 2019) حول تقديم برنامج علاجي باللعب بغية خفض أعراض اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه لدى الاطفال أما دراسة (بيزات 2021) بهدف إيجاد العلاقة بين الفط الحركي و صعوبات التعلم.

و دراسة (رزوق، و نقرشي 2023) هدفت إلى الكشف و التعرف من خلال رسم الرجل على مؤشرات النشاط الحركي الزائد و التعرف على فعالية و تأثير اللعب في التخفيف من نشاط فرط الحركة و نقص الانتباه لدى اطفال الروضة.

و في الأخير نجد دراسة (مزري، و بن عامر 2025) بهدف التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من صعوبات التعلم لدى التلاميذ المصابين بفط نشاط الحركة و تشتت الانتباه. و قد تشابهت دراستنا مع دراسة (مزري و بن عامر 2025) في الكشف حول فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب لتخفيف فط النشاط الحركي .

– من حيث المنهج:

نجد دراسة (صالح هذيلي 2005) اعتمدت على المنهج شبه التجريبي و دراسة (ركزة 2012) على المنهج التجريبي أما دراسة (هدال و خوجة 2018) فقد اتبعوا المنهج الوصفي و دراسة (قارح و قارة 2019) فاستعملوا المنهج التجريبي و بالنسبة لدراسة (بيزات 2021) فقد اتبع المنهج التجريبي و في نفس السياق نجد دراسة (رزوق و قريشي 2023) حيث اتبعوا المنهج العيادي القائم على تقنية دراسة الحالة .

أما دراسة (مزري و بن عامر 2025) فقد استخدموا المنهج العيادي و الشبه التجريبي.

من خلال هذا يتضح أن دراستنا قد تشابهت مع دراسة (صالح هذيلي 2005) و دراسة (مزري و بن عامر 2025) في الاعتماد على نفس المنهج .

– من حيث العينة:

قد اعتمدت (صالح هذيلي 2005) على عينة مكونة من 17 طفل و دراسة (ركزة 2012) فشملت دراستها عينة مكونة من حالتين أما بالنسبة لدراسة (هدال و خوجة 2018) فقد تمثلت دراستها في عينة مكونة من 13 تلميذ معاق سمعيا ، و دراسة (قارح و قارة 2019) فقد اعتمدت على عينة مكونة من حالتين، و دراسة (بيزات2021) شملت دراستها عينة مكونة من 60 طفل ، و بالنسبة (رزوق و قريشي 2023) فتكونت عينة دراستهما من طفلين من الروضة، (مزري و بن عامر 2025) فشملت دراستهما عينة مكونة من تلميذ و تلميذة من المدرسة الابتدائية .

من خلال جميع الدراسات فقد اختلفت جميعها مع دراستنا في عدد العينة .

– من حيث الأدوات:

لقد اعتمدت دراسة (صالح هذيلي 2005) على اختبار تورانكس أما دراسة (ركزة 2012) فقد اعتمدت على الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و الدليل التشخيصي للأمراض النفسية بالإضافة لمقياس كونرز و البرنامج و في دراسة (هدال و خوجة 2018) فقد اعتمدوا على استمارة و دراسة (قارح و قارة 2019) فقد استخدمت عدة أدوات منها الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و الدليل التشخيصي للأمراض العقلية و النفسية بالإضافة لمقياس كونرز و البرنامج العلاجي ، و دراسة (بيزات2021) حيث استخدم استمارة للاستطلاع على آراء المختصين و الأروطفونيين ، كما نجد دراسة (رزوق و قريشي 2023) معتمدتان فيها على المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية بالإضافة الى

اختبار رسم الرجل، كذلك دراسة (مزري و بن عامر 2025) فقد اعتمدت فيها الباحثان على مقياس صعوبات التعلم لأسماء أحمد محمد عبد العالم و مقياس فرط الحركة و تشتت الانتباه ل كونرز. من خلال ما سبق تبين أن دراستنا الحالية تشابهت مع دراسة (قارح و قارة 2019) في استخدام نفس الأدوات.

- من حيث النتائج:

توصلت دراسة (صالح هذيلي 2005) على ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في اداء الاطفال على الدرجة الكلية للقياس البعدي و لاختبار تورانكس و الدرجة الكلية للاختبار أما دراسة (ركزة 2012) فتوصلت إلى أنه هناك علاقة دالة بين فرط الحركة و التحصيل و بين تشتت الانتباه و التحصيل و بخصوص دراسة (هدال و خوجة 2018) فقد أسفرت نتائجها على أن للنشاط الرياضي دور إيجابي في التقليل من الضغوط النفسية (كالفرط الحركي) كذلك دراسة (قارح و قارة 2019) فقد توصلت نتائجها إلى أنه للعلاج باللعب فعالية في خفض فرط الحركة، أما بخصوص دراسة (بيزات 2021) فقد أسفرت نتائجها عن أن تشتت الانتباه و الفرط الحركي لهما تأثير فعال في صعوبات التعلم و دراسة (رزوق و قريشي 2023) فقد نصت نتائجها على أن اللعب دور في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى اطفال الروضة بالإضافة لدراسة (مزري و بن عامر 2025) توصلت لنتائج مفادها أن للبرنامج فاعلية إذ تحسن سلوك الأطفال.

من خلال نتائج الدراسات المقدمة فقد تشابهت دراستنا مع دراسة (قارح و قارة 2019) و دراسة (مزري و بن عامر 2025) في التوصل لنفس النتائج .

الفصل الثاني :

الإطار النظري للدراسة

تمهيد:

العلاج باللعب :

نشأة العلاج باللعب.

تعريف اللعب.

تعريف العلاج باللعب.

أنواع اللعب.

النظريات المفسرة للعلاج باللعب.

أهمية العلاج باللعب.

العوامل المؤثرة في اللعب.

اللعب السوي و اللعب الغير السوي.

أهداف العلاج باللعب.

دور المعالج النفسي في العلاج باللعب.

إضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه :

- نبذة تاريخية حول اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .
- تعريف اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.
- أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.
- أعراض الدليل التشخيصي للأمراض العقلية و النفسية DSM5.
- أسباب اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.
- النظريات المفسرة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .
- تشخيص اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .
- تشخيص الفارقي لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.
- الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .
- آثار الاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .
- مآل اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.

الإعاقة السمعية:

تعريف الإعاقة.

تعريف الإعاقة السمعية .

تعريف المعاق سمعيا .

تعريف ضعف السمع .

تصنيف الإعاقة السمعية .

تركيب الأذن .

انواع فقدان السمعى .

اسباب الإعاقة السمعية .

الكشف عن الإعاقة السمعية .

خصائص المعاقين سمعيا .

أهم المشكلات التي يواجهها الصمم و ضعف السمع.

طرق التواصل مع المعاقين سمعيا .

دور الاخصائي في التعامل مع المعاقين سمعيا.

خلاص

تمهيد :

إن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعد من أكثر الاضطرابات النمائية انتشارًا لدى الأطفال، إذ أنه يعرف بصعوبة التركيز، وزيادة في النشاط، والانفعالية، مما يؤثر سلبيًا على عدة جوانب في حياة الطفل على سبيل المثال نجد التكيف المدرسي والاجتماعي. وتتفاقم تعقيدات هذا الاضطراب في حال اقترانه بإعاقة ما كالإعاقة السمعية، إذ يواجه الطفل صعوبات عديدة تتعلق بالتواصل، واكتساب اللغة، والانتباه، وفهم التعليمات .

إن الأطفال المعاقين سمعيًا الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه فهم بحاجة ماسة إلى تدخلات علاجية خاصة ومتكاملة تأخذ بعين الاعتبار خصائصهم النمائية والحسية. فلا يقتصر العلاج على الجانب الطبي الدوائي فقط، بل يشمل أيضًا برامج تربوية ونفسية قائمة على التكيف مع قدراتهم، مثل التدريب على الانتباه، وتنمية مهارات التواصل، واستخدام الوسائل البصرية، بالإضافة إلى هذا العلاج القائم على اللعب الذي يُعد من أنجح الأساليب في تحسين السلوك وتنظيم النشاط. كما يتطلب التكفل بهذه الفئة تعاونًا متعدد التخصصات يشمل الأخصائي النفسي، وأخصائي النطق والسمع، والمعلم، والأسرة، من أجل توفير بيئة تعليمية وعلاجية داعمة تساعد الطفل على الاندماج والتكيف وتحقيق أقصى إمكاناته.

وعليه، فإن الاهتمام بعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيًا يمثل ضرورة تربوية ونفسية، تستدعي تبني استراتيجيات حديثة تراعي الفروق الفردية، وتعزز من جودة حياة الطفل وتوافقه النفسي والاجتماعي.

أولاً: العلاج باللعب

1. نشأة العلاج باللعب:

لقد تم إستعمال العلاج باللعب لأول مرة من طرف فرويد كوسيلة علاجية مع ابن صديقه الذي كان له خوف شديد من الخيول حيث قام الطفل "هانز" بتقليد دور الحصان في ألعاب تلقائية عدة مرات، مما أسهم في النهاية على التخلص من خوفه من الخيول حيث أنها أصبحت معروفة له فيما بعد، كما أن (Helmuth Harmin)، وهو أحد مناصرين فرويد، فاستخدم العلاج ب اللعب لعلاج الأطفال المصابون بإضطرابات عقلية، وذلك للتأثير المباشر على سلوكهم.

ونجد كذا أن ميانني كالين بدأت في تحليل الأطفال نفسيا منذ عام 1919م، حيث إتخذت اللعب التلقائي كبديل للتداعي الحر الذي إستخدمه فرويد مع البالغين . وأما ميانني فلجأت إلى إستخدام الدمى الصغيرة في اللعب الإسقاطي، وكانت هذه الدمى غالبا ما تمثل أفراد الأسرة.

و على حسب الأنا فرويد ، فإن علاج الأطفال يختلف بشكل جوهري عن علاج البالغين، حيث ترى أن عمل المعالج مع الأطفال بأخذ طابع التعليمي. ولذا، يجب على المعالج أن يكسب ثقة و حب الطفل ، لأن ذلك يعد نقطة مهمة في عملية العلاج هذا من وجهة نظر آنا، ليس شرطا أن يكون اللعب رمزيا لشيء معين، فعلى سبيل المثال إذا قام الطفل ينصب عمود المصباح، فإنه يفعل ذلك لأنه رأى عمودا في الواقع وتأثر به، وليس لأن له معنى رمزي .

تشير هذه البدايات في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية إلى بداية ما أصبح يعرف لاحقا بالعلاج من خلال اللعب أو العلاج النفسي للأطفال و من المهم أن يكون المعالج على دراية بدوره

ومدى مشاركته في العلاج، بالإضافة إلى تحديد مدى تأثيره في مشاركة الوالدين وتغيير البيئة المحيطة بالطفل. (مرسلينا ، 2013، ص 68).

2. تعريف اللعب:

- هناك عدة تعريفات للعب تختلف في طريقة الصياغة والمفهوم نذكر منها ما يلي:

يعتبر اللعب نشاطا استكشافيا مرحا يساهم في تنمية قدرات الطفل و الاستجابة لاهتماماته حيث أنه يمكن ممارسته لتعزيز القدرات اللغوية والعقلية والجسدية والإبداعية بشكل فردي أو جماعي بهدف تفريغ طاقاته الذهنية والحركية ، لا يلعب الطفل بشكل عشوائي فالعب أسلوب هام للتعامل مع الأزمات النفسية والعمل على حل مشكلاته ، وتخفيف ضغوطاته كما أن اللعب يستخدم في التدريب على الأدوار الاجتماعية من خلال التفاعل في الألعاب التي تحتوي على تمثيل الأدوار (بن عامر، 2025، ص11).

اللعب: يعتبر اللعب سلوكا هاما في حياة الأطفال إذ أنه دافع فطري وهبة من الله تساهم في

الاستمتاع بالنشاط و الحركة كما يساعد في تطوير خيالهم و يمنحهم فرصة لتصحيح أخطائهم من خلال التجربة المتكررة إضافة إلى دوره في التعبير عن مشاعرهم و التقليل من الضغوط النفسية التي قد يمرون بها .

و بهذا فإن اللعب هو كتاب الطفل المفتوح فيه يضع الطفل كل ما يريده و يبادر ذهنه و ما يشاهده في البيئة و المحيط الخاص به (عاصف ، صافر، 2023، ص13) .

كاترين تايلور 1991 "اللعب على أنه أنفاس الحياة بالنسبة للطفل و ليس مجرد طريقة لتمضية الوقت و انشغال الذات فاللعب للطفل هو كالتربية و الاكتشافات و التعبير الذاتي" (سمير ، 2020، ص109).

أوتوو نينجر 1983 "بأنه الطريقة التي يستطيع بها الطفل التفاهم مع الواقع فمن خلال اللعب يستطيع الأطفال مراجعة أفكارهم وأيضاً يستطيعون تشكيل وسائل تمكنهم من استخدام تلك الافكار" (سامي، 2023، ص17) .

سوزانا رايزكس: "بأنه عمل الطفل و الوسيلة التي ينمو و يرتقي بها و نشاط اللعب رمز للصحة العقلية" (جعلاب، 2021، ص50) .

(Yaldowin) "اللعب نشاط ذو غاية داخلية على عكس العمل الذي تكون غايته خارجية ."

(philippe gutton) "بالنسبة للطفل هو الطريقة المميزة لوجوده في العالم، إنها طريقته الضرورية في أن يكون" (6, 2006, maryse) .

3. مفهوم العلاج باللعب:

تعريف أكسلابن للعلاج باللعب: "العلاج باللعب يستند إلى حقيقة هامة، و هي أن اللعب عند الطفل هو الوسيط الطبيعي الذي يعبر به الطفل عن ذاته فنحن نزود الطفل لكي يخرج باللعب مشاعره و مشاكله بنفس الطريقة التي تعتمد بها بعض أنواع الراشدين إلى أن تخرج بالكلام مشاعرهم و مشاكلهم مشاكلهم" (صوالحة، 2004، ص19) .

إن العلاج باللعب هو تدخل علاجي يستعمل اللعب كأداة آمنة للتعرف على المشاعر لأجل علاج الصدمات والتعامل معها وتعلم طرق التنظيم العاطفي و الاجتماعي والمهارات المرتبطة بها. إذ يخلق اللعب متنفساً تعبيرياً مناسباً لمرحلة تطور الطفل الذي لا يستطيع التعبير عن مشاعره أو التحديات التي يواجهها بالكلام أو ما في ذلك بسبب ما مسه من تجارب. (katherine hacioneroglu, 2022,9),

تعريف فاخر عاقل: "استعمال اللعب طريقة للتصريف، وذلك بغية تمكين الطفل من التعبير عن مشاعره و انفعالاته التي إذا سمح لها بالتراكم فإنها قد تسبب سوء تكيف، و العلاج باللعب طريقة مفيدة

للتشخيص بسبب المصاعب، التي قد يعانيتها الطفل" (طاطم، 2015، ص32) .

يعتبر العلاج باللعب من السبل الهامة في دراسة و تشخيص وعلاج مشكلات الأطفال، إذ يعد من أهم العلاجات النفسية للأطفال نظرا لعدم إكمال نموهم ، العقلي و الانفعالي المناسب بالقدر الذي يمكنهم من التعرف على مشكلاتهم على النحو الذي يتحقق للكبار فإن اللعب يعتبر وسيلة علاجية نفسية بالغة الأهمية للأطفال الذين يعانون من مشاكل أو المصابين باضطرابات سلوكية، مما يجعل الطفل يفهم نفسه و يفهم العالم من حوله وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع غيره سواء من الرفاق أو الإخوة أو الوالدين .

حيث أن العلاج باللعب هو فرصة آمنة غير مهددة إذ أن من خلال اللعبة يعبر الطفل عن مشاكله وصراعاته ومن خلالها يخرج مشاعره المكبوتة و المتراكمة من ضغوط و إحباطات وعدم الأمان والمخاوف إلى السطح مما يساهم في النمو العقلي والنفسي والاجتماعي إذ أنه عمل الطفل و وسيلته التي ينمو بها ويرتقي بواسطتها (أبو شعبان، 2010، ص71) .

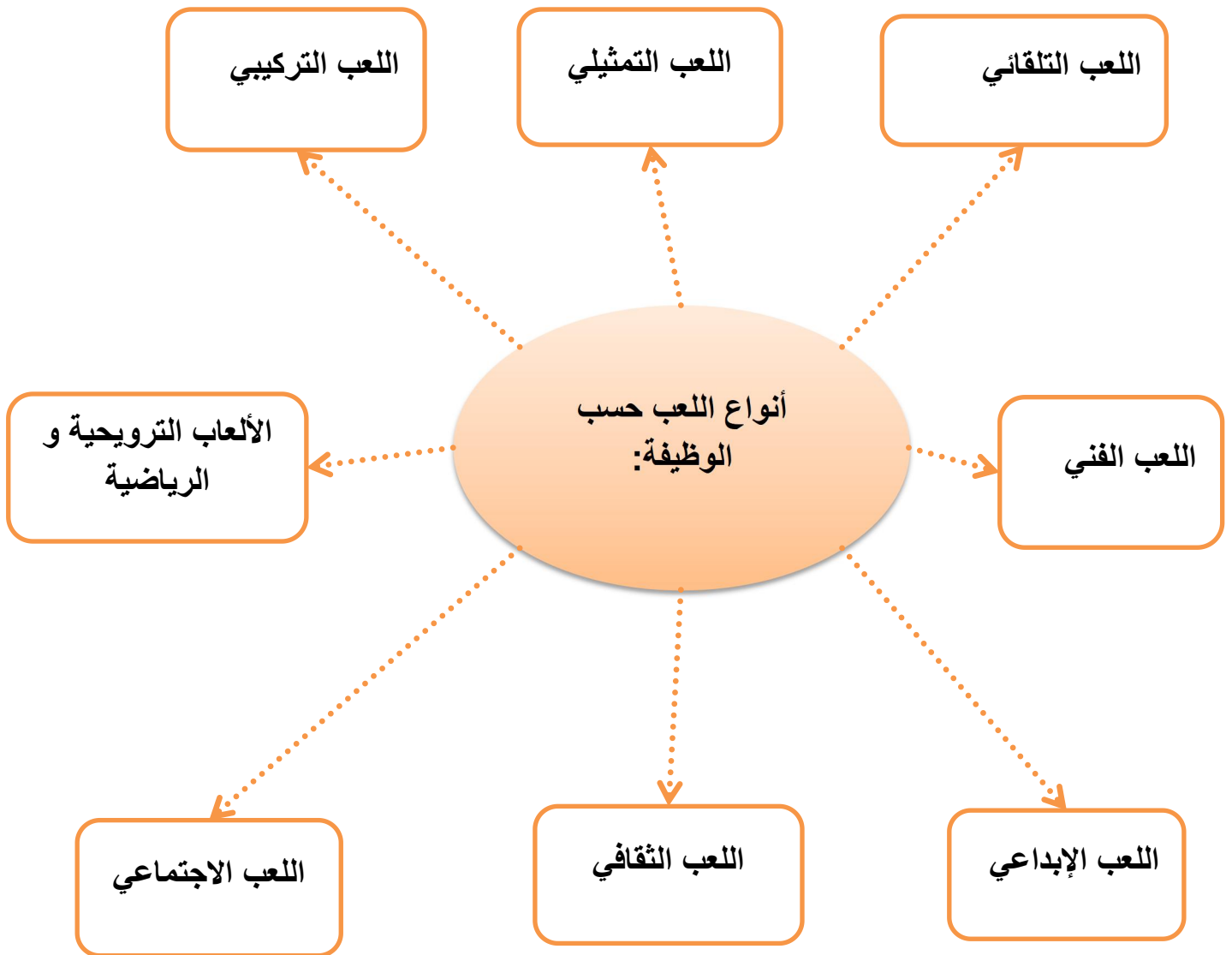
العلاج باللعب هو تدخل يتناسب مع المرحلة النمائية، و يساعد الأطفال على بناء مهارات التكيف، ويعزز كفاءتهم على تنظيم نواتهم، ويعمل على تنمية تقدير إيجابي للذات .

(ASSOCIATION FOR PLAY THERAPY BOARD OF DIRECTORS, 2020, 4)

4. أنواع اللعب :

تتنوع أنشطة اللعب لدى الأطفال من حيث أشكالها و مضامينها وأساليبها إذ يرجع هذا الاختلاف إلى تباين مستويات نموهم وخصائص كل مرحلة عمرية من جهة، وإلى العوامل الثقافية والاجتماعية التي تحيط بالطفل من جهة أخرى. وبناءً على ذلك، يمكن تصنيف نماذج ألعاب الأطفال ضمن الفئات الآتية:

(1) أنواع اللعب حسب الوظيفة: و تتضمن مجموعة من الألعاب نذكر منها ما يلي :



الشكل رقم (01): يمثل أنواع اللعب حسب الوظيفة (من تصميم الطالبتين)

• **الألعاب التلقائية:** تعتبر الشكل الأول من أشكال اللعب إذ يلعب الطفل حراً وبصورة عفوية دون التقيد بقواعد اللعب . وهذا النوع يكون في غالب الحالات فردياً وليس جماعياً إذ يلعب كل طفل كما يشاء ، ويميل الطفل في مرحلة اللعب التلقائي إلى الإلتلاف بسبب نقص الاتزان الحسي الحركي إذ يجذب الدمى بعنف ويرمي بها بعيداً وعند نهاية العام الثاني من عمره يصبح هذا الشكل من اللعب أقل تلبية لحاجاته النمائية فيعرف تدريجياً ليفسح المجال أمام شكل آخر من أشكال اللعب.(حسين،2016، ص 71) .

• **الألعاب التمثيلية:** تشمل الألعاب التمثيلية الكثير من الخيال، وهذا النوع من اللعب يسمى بالألعاب الإبداعية "وفي نظر (Torans 1961) أنه يمكن تنمية الإبداع عند الأطفال من خلال الأدوار التي يمارسونها في اللعب، و التي تعتمد على الخيال و التساؤل و الاستفسار و الاستكشاف، و هو بمثابة المتنافس للأطفال، ويساهم بشكل ملحوظ في اثناء معلوماتهم وفهمهم للعالم الخارجي فالأطفال الكبار يرسمون خطة اللعبة ومحورها و يضعون للاعبين أسماء معينة ويوجهون أسئلة لكل منهم حيث يصدرن من خلال الإجابات أحكاماً على سلوك الشخصيات الأخرى ويقومونه (علوان، 2018، ص 27) .

• **الألعاب التركيبية:** حيث يظهر هذا النوع في سن الخامسة أو السادسة حيث يبدأ الطفل بترتيب الألعاب بوضع الأشياء بجوار بعضها بطريقة عشوائية ليكتشف صدفة أن هذه الأشياء تشكل شكلاً أو نموذجاً لا يعرفه فينبسط لهذا الإكتشاف ومع تطور الطفل النمائي يصبح اللعب أقل إيهامية وأكثر بنائية على الرغم من اختلاف الأطفال في قدراتهم على البناء والترتيب .

و يعتبر اللعب التركيبي من الأنواع المميزة لنشاط اللعب في مرحلة الطفولة المتأخرة (10*12) و يتبين ذلك في الألعاب المنزلية. ونظرا لأهمية هذا النوع من الألعاب فقد اهتمت وسائل التكنولوجيا المعاصرة بإنتاج العديد من الألعاب التركيبية التي تتناسب مع مراحل نمو الطفل كبناء أو مستشفى أو مدرسة أو نماذج للسيارات والقطارات من المعادن أو البلاستيك أو الخشب وغيره. (الختاتنة، 2023، ص75).

– أهداف الألعاب التركيبية:

- أ. يكتسب الطفل بواسطتها مهارات ذات علاقة لتطوير تفكيره العلمي مثل: المقارنة ، التنبؤ، الملاحظة والتحليل، ومفهوم مبدأ التوازن. بالإضافة إلى تمييزه للتشابه والاختلاف بين الاشكال .
- ب. يجعل الطفل يكون مفاهيم اساسية في الرياضيات، مثل التصنيف، التسلسل، الاطوال، المساحة، الاعداد والاجزاء .
- ت. يسهل النمو اللغوي والاجتماعي للطفل، فتزداد قدراته اللغوية و تنمية مهارته في المحادثة والحوار .
- ث. الإحساس بالإنجاز اثناء اللعب مما يزيد من ثقته بنفسه ويعزز صورته الإيجابية عن ذاته، و في حال إشراك الطفل في مجموعة أثناء اللعب فإنه يكتسب العديد من المهارات الاجتماعية كالمشاركة، التعاون وإحترام عمل الآخرين.
- ج. يساهم هذا اللعب على تطوير قدرة الطفل في التخطيط، حيث أن هذه الألعاب تساعد الطفل على الانتقال من مرحلة البناء العشوائي الى مرحلة التخطيط لأعمالهم. (حسين، 2016، ص

(74)

• **الألعاب الفنية:** هذا النوع يعد جزءا من الألعاب التركيبية، و يعرف بأنه نشاط تعبيرى فنى

ينطلق من مشاعر الطفل . كما نجد أن الألعاب الفنية تركز على تطوير القدرات العقلية المعرفية

للطفل، فيعبر اللعب الفنى عن الإبداع والخيال و من أهم الألعاب الفنية هي رسومات الأطفال

التي تعكس تألقهم الإبداعي، والتي تظهر أحيانا في شكل خريشات أو شخبطة.

حيث أنه من خلال الرسم يسقط الطفل أفكاره أثناء قيامه بهذا النشاط، بالإضافة إلى أنه يعبر

عن مواضيع مختلفة حسب العمر في البداية، لذا فإننا نجد أن الأطفال الصغار يعبرون في

رسوماتهم عن أشياء وأشخاص وحيوانات موجودة في دائرة معارفهم ، ومع تقدمهم في العمر، يتزايد

شغفهم برسم الآلات والأشياء العامة، كما يبدأون في التركيز على رسم الأزهار والأشجار والمنازل مع

تطور مهاراتهم. (بن عامر، 2025، ص13) .

فهذا النوع يجعل الطفل يعيش تجربة إستعمال مواد وخامات متنوعة مثل المعجونة والطين والصمغ

والمقص وأقلام التلوين، مما يسهم على اكتشاف خصائص هذه المواد وتنمية عضلاته الصغيرة

وأصابعه، وبالتالي يصبح أكثر استعدادا لعملية الكتابة.

كما يتيح للطفل فرصة للتعبير عن مشاعره بحرية وإبداع، مما يقوي الطفل صورة ذاته ويزيد من ثقته

في قدراته أثناء إنجاز الأعمال الفنية وتقديمها علاوة عن ذلك ، يوفر اللعب الفنى آلية للطفل

للتعبير عن نفسه و إخراج طاقاته بأسلوب إيجابي، وقد يكون وسيلة للكشف عن مشاكل يعاني

منها. (بن عامر، 2025 ، ص14)

• **الألعاب الإبداعية:** نجد أن التربويين وضعوا إسم ساحة اللعب الإبداعي على ساحة الخرداوات،

نظرا لأنه تتيح للأطفال المجال الخيالي والإبداعي و تطور لديهم روح المغامرة، وذلك لأنها

تتضمن معدات تدهش الاطفال مثل معدات التسلق ، السلالم، الشباك، الحبال ومعدات الزحف مثل

الخنادق والحفر، وأخرى تتعلق بالمشي والركض مثل العتبات واطارات السيارات أو معدات القفز مثل رفاصات السيارات أو الفراش. اما بالنسبة للعب الخيالي فتتوفر في هذه الساحة بيوت الشجر أو سيارات قديمة .

– أهداف اللعب الابداعي:

- أ. تقوية العضلات لدى الاطفال .
- ب. تعلم الكثير من المهارات الاجتماعية .
- ج . تعزيز حب الإكتشاف والحماس لدى الأطفال(العسلي، ص31) .

• **الألعاب الثقافية :** هي أنشطة لها دور فعال في تثقيف الطفل حيث يحصل من خلالها على معلومات و خبرات تزيد من توسيع مداركه بسبب ما تستدعيه هذه الألعاب من حلول مختلفة و دقيقة و من الألعاب الثقافية القراءة و البرامج للأطفال عبر الإذاعة و التلفاز (حنا ، 1999، ص 07) .

• **الألعاب الاجتماعية:** هي الألعاب التي تلعب بقواعد وقوانين محددة قبل البدء . إذ يجب على الطفل التصرف وفق هذه القواعد و الإمتثال لها والتحكم في تصرفاته وردود أفعاله. كما انه هناك قواعد لعب موصى بها من قبل المنتج، لكن يمكن للمربية أو مجموعة الأطفال تعديلها لتتناسب إحتياجاتهم.

ومن بين الأنواع الشائعة لهذا النوع من الألعاب :

أ- ألعاب الحركة مثل الكرة و لعبة الغميضة، وغيرها .

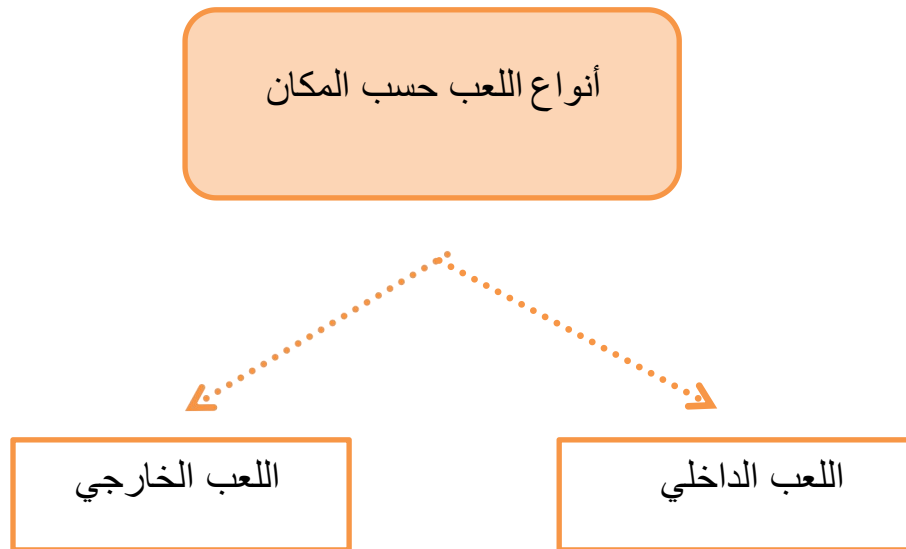
ب- ألعاب الطاولة مثل اللوتو، الدومينو، وغيرها .

ج- ألعاب الحاسوب .

د- الألعاب الشعبية. (توفيق ، 2013، ص35)

- **الألعاب الترويحية و الرياضية:** هي تلك لألعاب التي تكون نوع من النشاط الرياضي الترويحي عن النفس، على سبيل المثال، لعبة الثعلب و أيضا الألعاب التي فيها بعض المخاطرة كتسلق الأشجار و ركوب المراجيح و ألعاب كرة القدم و السلة و غيرها من الألعاب القليلة التي لا تخضع لقواعد و أنظمة كثيرة و الألعاب يلعبونها للمتعة و تنشيط أجسامهم (الفرجاني ، 2021 ، ص308) .

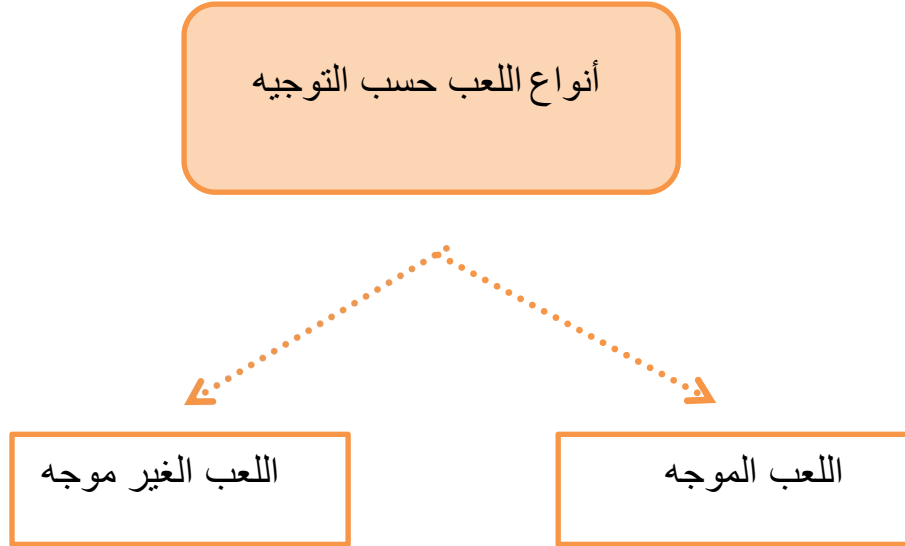
(2) أنواع اللعب حسب المكان: و تنقسم إلى قسمين و هما :



الشكل رقم 02 : يمثل أنواع اللعب حسب المكان (من تصميم الطالبتين)

- **اللعب الداخلي :** و هو اللعب داخل الجدران فهو من الألعاب المنتشرة بين الأطفال، فلا يخلو أي منزل أو مؤسسة للأطفال من فرص للعب. قد يكون هذا اللعب مخططا ومقصودا، مثل إمتلاك ألعاب معينة، أو قد يكون بطريقة عفوية عن طريق استخدام العديد من الأشياء الموجودة في المنزل التي تمكن الطفل من اللعب بها .
- **اللعب الخارجي :** اللعب الخارجي أمرا حيويا لنمو الأطفال وتعليمهم. ومع ذلك، فإن هذا النوع من اللعب قد تراجع في ظل تغير طريقة الحياة الذي أصبح أكثر إنفاقا ويميل إلى البقاء داخل المنزل لأسباب عملية أو أمنية، أو عدم وجود مساحات خارجية مخصصة للعب، بالإضافة إلى تأثير الوسائل التكنولوجية الحديثة التي تجذب الأطفال.(بن عامر،2025، ص 16)

(3) انواع اللعب حسب التوجيه : هما نوعين :



الشكل رقم (03) : يمثل أنواع اللعب حسب التوجيه (من تصميم الطالبتين)

- **اللعب الموجه:** هو ذلك اللعب الذي يشارك فيه الكبار بتوجيهاتهم وإرشاداتهم للمشاركين .
- **اللعب غير الموجه:** هو اللعب الحر الذي لا يشمل أي توجيه من الكبار (العناني، 2014، ص32).

5. النظريات المفسرة للعلاج للعب:

لقد تعددت و اختلفت النظريات التي قامت بتفسير للعلاج باللعب نذكر منها ما يلي:

أولاً: نظرية التحليل النفسي: ترجع هذه النظرية إلى سيغموند فرويد الذي إستعملها كوسيلة لعلاج الأمراض العقلية والنفسية، و قد تبلورت هذه النظرية في أواخر القرن التاسع عشر، اضطرابات النفسية لدى الإنسان حيث أكد فرويد على ضرورة اللجوء إلى اللعب كأداة للتحليل، وبداية القرن العشرين، وقد برهن فرويد أن اللعب الخيالي سواء من خلال التداعي الحر أو بطرق أخرى باعتباره أسلوب لإسقاط الواقع الاجتماعي المستقبلي للفرد الذي يشمل الخيال وأكد فرويد أن سلوك الإنسان يتحدد بناء على ما يحققه من لذة أو ألم، إذ يسعى الفرد دائماً نحو الخبرات المرحية و كذا فإنه يتجنب التجارب المؤلمة. ولذلك، يكرر الإنسان واقعه عن طريق اللعب، حيث يكون عالمه الخاص بعيداً عن تدخل الآخرين، مستعملاً الأشياء و المواقف التي تمثل العالم الحقيقي (عبد الهادي 2004، ص 46) .

إذن: يرى فرويد أن اللعب هو وسيلة للتفريغ ، إذ أنه يساهم في تخفيف التوتر والانفعالات الناتجة عن عجزه في تحقيق رغباته وأمنيته.

لجئت ملاني كالين إلى اللعب التلقائي كحلا بديلا للتداعي الحر الذي تبناه فرويد في علاج

البالغين. حيث أنها ترى ما يبديه الطفل أثناء اللعب الحر يعكس صراعاته وهمومه اللاشعورية. كما أنها إستعملت الدمى التي تمثل أفراد الأسرة في ما يعرف باللعب الإسقاطي.

تقول **كلاين** إنه قد يستعمل الطفل الألعاب أو القطع الصغيرة التي تمثل أشخاصا، أو أنهم يكونون أفرادا من أسرته. و تصف **ميلاني كالين** أن الطفل يظهر مشاعر أخلاقية منذ مرحلة مبكرة. حيث اعتقدت بوجود نوع من الضمير لدى الأطفال. وقد توصلت إلى هذا الاستنتاج من خلال مراقبتها الدقيقة للأطفال وملاحظة تعبيرات وجوههم (بن عامر، 2025، ص16) .

ثانيا: نظرية النمو الجسمي : يعود الفضل في اظهار نظرية النمو الجسمي ل "Carr" و مفادها أن اللعب هو الذي يساهم في نمو أعضاء الجسم وخاصة الجهاز العصبي، بما يشمل مراكز الحس للإنسان. كذلك يحتوي فلسفة تلك النظرية النمو الجسمي و الفيزيولوجي، حيث يستمر اطراد أجهزة الجسم في النمو وتستمر الزيادة بشكل ملحوظ (علوان، 2018، ص، 21).

ثالثا: النظرية الجشطاطية: تركزت هذه النظرية على الإدراك الحسي، ويعد كل من **كوفكاوكوهرل** من أهم روادها.

مصطلح الجشطاطية يشير إلى الأشكال، وقد شددت هذه النظرية على التفكير الكلي، حيث ترى أن الكل يتكون من أجزاء تكمل بعضها البعض بالرغم من ذلك، يمكن تطبيق هذه النظرية في تنمية التفكير المنطقي عن طريق استعمال اللعب. على سبيل المثال، إذا أردنا تعليم الأرقام من 1 إلى 10 يمكن وضع أكياس تحتوي على كرات تمثل هذه الأعداد. ثم يطلب من الطفل إختيار عدد معين، وقد يختار الطفل اللعبة التي تتناسب مع الأرقام الموجودة في الأكياس. بهذا الشكل، نكون قد ربطنا الأعداد مع بعضها البعض ضمن سلسلة من الأجزاء المترابطة، وهو ما يتماشى مع مفهوم الجشطاطية الذي يعزز الفهم الشامل والتكامل بين الأجزاء (عبد الهادي 2004، ص52).

رابعاً: نظرية الإعداد للحياة: صاحب هذه النظرية كارل غروس (Gross Carl) و قد تبناها من نظرية داروين " Darwin" التي تركز على البقاء للأصلح في مفهوم اللعب، و نظرية الإعداد للحياة من أفضل النظريات الحديثة و أكثرها وضوحاً إذ أنها تصف أن فترة اللعب تختلف تبعاً لمكان الكائن في شجرة التطور، و تقوم فلسفة هذه النظرية على أن اللعب شكل من أشكال النشاط الغريزي الذي يعود إليه الإنسان و الحيوان ليتدرب على مهارات الحياة و مهارات البقاء الأساسية. و كما أن صاحب هذه النظرية يرى أن أنشطة اللعب الخاصة بالصغار هي تقليد لأدوار الكبار و الإعداد لها، فاللعب بالأسلحة الذي يجذب إليه الصبيان هو إستعداد غريزي لدور المقاتل الذي يحمي نفسه و وطنه. فاللعب عند كارل غروس (Gross Carl) هو سبيل طبيعي للتعليم و التعلم (علوان، 2018، ص22).

خامساً: النظرية السلوكية أوضحت النظرية السلوكية اللعب على أنه ارتباط بين مجموعة من المثيرات والاستجابات حيث يكتسب الطفل اللعبة عن طريق التكرار والممارسة والتعزيز، مما ينعكس على مستوى مهارته. ويؤكد أصحاب هذه النظرية على إسهام البيئة في التأثير على الفرد، حيث يرون أن المثيرات الخارجية هي أساس النمو والتغيير وبالتالي، يشبه الطفل هنا المرأة التي تجسد بيئتها ويظهر سلوكها كاستجابة للعديد من المثيرات. كما أشار السلوكيون إلى أن اللعب يتبع نفس القواعد الأساسية التي تحكم عملية التعلم وتطبق على باقي أنواع السلوك. حيث أن من وجهة نظر السلوكيون أن العامل الأساسي الكامن وراء السلوك الإنساني هو تلبية الاحتياجات الجسمية، وهو ما يعد الدافع الأقوى والأساسي (بن عامر، 2025، ص 17).

6. أهمية العلاج باللعب:

- يساعد التفاعل الاجتماعي على تقوية العلاقات و التواصل مع الآخرين .

- الإفصاح عن الأحاسيس الداخلية تجعل للطفل فرصة للتفريغ عما يشعر به .
- التغلب على المخاوف، حيث أنه يساهم في مواجهة الطفل لمخاوفه و التخلص منها .
- تكرار التجارب مع المحيطين به، إذ يتمكن الطفل من إعادة تجربة مواقف مع من حوله .
- تنمية مهارات وخبرات جديدة ، حيث تساعد في تعلم الطفل المعلومات وتجارب حياتية جديدة .
- تزيد من القدرة على التركيز والانتباه.
- عن طريق اللعب الجماعي، يكتسب الطفل من مهارات تصحيح الأخطاء .
- كذلك يطور الأسلوب العلمي في التفكير و يعزز من مهارات الطفل في الانتباه والملاحظة والتحليل والتركيز .
- يساهم اللعب عند الطفل في تعزيز ثقته بنفسه وتحقيق النجاح (حسن شعبان ، 2013،ص71)
- يعلم الطفل إدراكه لمشكلاته وفهم أسبابها، كما يساعده في إيجاد حلول لها بمساعدة والديه وإخوته .
- التخلص من الغيرة والعدوان، فاللعب يقلل مشاعر الغيرة والعدوان عند الطفل .
- اللعب يحسن من مستوى الرعاية الذاتية و يزيد من قدرة الأطفال ذوي الحالات الخاصة مثل مرض السكري على العناية بأنفسهم(العناني، 2000، ص 207).
- يزيد من دافعية الأطفال على القيام بمزيد من البحث والاستكشاف عن طريق توجيه الأسئلة لهم ، مما يعكس أحد أشكال السلوك الاستطلاعي لديهم(صوالحة، 2004، ص 135).

- يقوم اللعب بتطوير الجوانب الجسدية والحركية، كما أنه يعزز التنسيق العصبي العضلي و يساعد في تنمية مهارات الاكتشاف والخيال والإبداع لدى الأطفال، مما يسهم في اكتشاف قدراتهم ومواهبهم الغير ظاهرة و يتيح لهم الفرصة للتعبير عن أنفسهم.

7. العوامل المؤثرة في اللعب:

يوجد العديد من العوامل التي تؤثر في اللعب من بينها:

• الصحة والنمو الحركي :

نجد أن الأطفال الذين يتمتعون بصحة بدنية جيدة هم أكثر نشاطا حيث يقضون وقتا أطول في اللعب عكس الأطفال الذين يعانون من مشاكل صحية. و النمو الحركي له دورا مهما في الكشف عن مستوى النشاط أثناء اللعب، و الطفل الذي لديه صعوبة في رمي أو التقاط الكرة سيكون أقل قدرة على المشاركة في الألعاب التي تعتمد على التنسيق الحركي بوجه عام، إذن فإن الصحة تؤثر على الألعاب بشكل إيجابي أو سلبي .

• الذكاء :

يعد من المظاهر التي تؤثر في أسلوب اللعب، حيث أن الأطفال الأذكيا نجدهم أكثر نشاطا وحيوية في ألعابهم مقارنة بالأطفال ذوي الذكاء المحدود .

فالطفل الذكي ينتقل من اللعب الحسي إلى اللعب التخيلي القائم على المحاكاة. كما يميلون الأطفال الأذكيا إلى الألعاب المحفزة للتفكير والإبداع على سبيل الذكر نجد الألعاب التي تعتمد على البناء أو

الأنشطة الفنية كالرسومات بالإضافة إلى ذلك، فهم يهتمون إهتماما كبيرا بالكتب التي توفر لهم المعرفة ويميلون إلى الألعاب العقلية .

• الجنس :

الجنس هو أحد المظاهر التي تنعكس في طريقة اللعب، إذ أن الفروق بين الذكور والإناث لا تظهر في سنواتهم الأولى فعند توفر بيئة وألعاب متساوية، لن يكون هناك فرق في أسلوب اللعب قبل مرحلة المراهقة. إلا أن الطفل يصبح في وقت مبكر بإدراك أن هناك ألعابا خاصة بالأولاد وأخرى للبنات. حيث تلعب إرشادات الوالدين في إنتقاء وسائل اللعب ووجود أطفال أكبر سنا دورا مهما في تعزيز الفروقات الثقافية بين الجنسين .

• البيئة :

إن البيئة الاجتماعية والاقتصادية تلعب دورا كبيرا في تأثيرها على اللعب لدى الأطفال فإن الذين يعيشون في بيئات فقيرة يميلون للعب أقل من الأطفال في البيئات الغنية، و يعود هذا إلى قلة الألعاب المتاحة لديهم إضافة على هذا قصر الوقت الذي يخصصونه للعب. حيث أن غياب أماكن خاصة باللعب يؤدي إلى تقييد وقت اللعب.

الأطفال أيضا يتأثرن بنوع المكان الذي يلعبون فيه، فإما أن يلعبوا في الشوارع أو الساحات أو الأماكن الخالية قرب منازلهم إذن: ، البيئة المحيطة بهم تؤثر بشكل مباشر على الطريقة التي يلعبون بها ونوعية النشاطات التي يمارسونها .

• المستوى الاجتماعي والاقتصادي :

إن للمستوى الاجتماعي والاقتصادي تأثير كبير على نوعية الألعاب التي يلعبونها الأطفال الذين يعيشون في أسر ذات مستويات اجتماعية واقتصادية جيدة فهم يفضلون المشاركة في ألعاب تحتاج إلى بعض التكاليف مثل السفر أو السياحة.

إلا أن الأطفال الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض يشاركون في الأنشطة التي تحتوي مصاريف أقل. كما وقت اللعب يتأثر أيضا بالطبقة الاجتماعية، فالأطفال المنتمون لأسر الأعلى مستوى اجتماعيا واقتصاديا لديهم وقت أكبر للعب مقارنة بالأطفال الذين يضطرون للمشاركة في الأعباء الاقتصادية اليومية لأسرهم.

• أوقات الفراغ:

يتنوع إستغلال أوقات الفراغ بشكل كبير بين الجماعات الثقافية المختلفة. نجد أن بعض المجتمعات التي تعتمد على الزراعة والرعي، يتعلم الأطفال طاعة الأوامر وتحمل المسؤولية، حيث يقوم الأولاد بتعلم مهارات الرعي، بينما تقوم البنات بالاهتمام بالأعمال المنزلية ورعاية الأطفال. قد تعطي الأمهات لأطفالهن مواد بسيطة مثل أوراق الأشجار أو العلب الفارغة للعب بها.

أما في المجتمعات الغربية، فإن الآباء يشاركون أبناءهم اللعب في أوقات الفراغ، مثل الذهاب معهم إلى حدائق الحيوانات.

إلا أن الأطفال في سن ما قبل المدرسة فإن معظم وقتهم يقضونه في اللعب، وهناك جماعات ثقافية أخرى توازن بين هذين النمطين في استخدام وقت الفراغ (الختاتنة 2013، ص ص 124 / 132)

8. اللعب السوي و اللعب الغير سوي:

إن الطفل في كل مرحلة عمرية يلجأ إلى أشكال محددة من الألعاب، فيظهر لديه استعداد طبيعي لممارسة أشكال من اللعب تتناسب مع مستوى نموه. وهذا ما جعل علماء النفس يميلون إلى تصنيف اللعب إلى مراحل متعددة، تتوافق كل مرحلة منها مع مرحلة معينة من نمو الطفل.

فالطفل السليم يمر هذه المراحل بشكل سوي متى توفرت له الوسائل والفرص التي تشبع حاجاته. أما في حال غياب هذه الوسائل، فإنه يستخدم أنماط لعب ترجع إلى مراحل سابقة لا تتناسب مع عمره الزمني.

هنالك خصائص تميز لعب الأطفال العاديين وتجعله مختلفا عن لعب الأطفال المضطربين نفسيا

إن الأطفال العاديين تبين أنهم يحبون تبادل الأحاديث ويميلون في أوقات مختلفة خلال التفاعلات الجارية بينهم أثناء اللعب

كما أنهم يميلون إلى مناقشة عالمهم بشكل مباشر كما يوجد بالنسبة لهم، على أساس هذا نجدهم متحررين وتلقائيين في لعبهم، و يفحصون كل أدوات اللعب و يستعملون قدرا كبيرا متنوعا من أدوات اللعب بطريقة جد منتظمة وغالبا ما يكون هذا النوع متميزا ومتقدرا. وهؤلاء الأطفال العاديون، عندما يزعجون أو يتضايقون من شخص أو شيء ما فعادة يسقطون مشكلاتهم في لعبهم بطريقة محسوسة إلى حد ما. ولا يتردد الأطفال الأسوياء في التعبير عن العدوانية النكوصية أو الدوافع النكوصية، فهم فيعبرون عن عدوانهم بوضوح ويتحملون مسؤولياتهم في العادة غير هيبانيين أو مصطنعين لسلوك معين أو خائفين.

كما أنهم لا يلجؤون إلى ألعاب عنيفة إضافة إلى هذا فهم ليسو خبثاء أو ساديون (قساه) في تعبيراتهم و في بعض الأحيان يظهرون بمظهر الذين لم ينضجوا بعد فيستعملون الكلام الطفلي أو الكلام الغير

المفهوم و عادة ما يتخلون عن هذا السلوك وينتقلون إلى نوع من السلوك أكثر إرضاء بالنسبة لهم وأكثر ملائمة لنموهم .

و الأطفال الأسوياء العاديون في غالب الأحيان ينظرون إلى المعالج على أنه نوع خاص من الناس فيميلون إلى إستخدام استراتيجيات متنوعة لإستكشاف مسؤوليتهم وحدودهم في العلاقة العلاجية كما تبدا عليهم علامات السعادة في لعبهم، و كثيرا ما يغنون ويدندنون ولا يكونوا جادين أو محتدين في مشاعرهم كالأطفال المضطربين، أو يكون لهم اتجاهات ضارة حيال أنفسهم، أو نحو المعالج أو نحو اللعب. فهم أكثر وضوحا و عفوية من الأطفال المضطربين.

كما نجد أن الأطفال المضطربين يعبرون باستمرار عن الغضب والانفعالات القوية الأخرى بالأساليب الشائعة المعروفة، فإن هذه الإنفعالات تتحد بوضوح أكبر لدى الطفل السوي. كما يميل الأطفال المضطربين لأجل أن يكونوا أكثر شكا وامتعاضا من المعالج بينما الأطفال الأسوياء يقومون علاقة مع المعالج تقوم على الحرية والثقة المتبادلة. و كثيرا ما يناقش الأطفال الأسوياء خبراتهم في اللعب مع المربين والوالدين لما فيها من مظاهر نكوصيه وعدوانية. أما الأطفال المضطربون يفضلون عدم مناقشة خبراتهم في العلاج خارج حجرة اللعب (الختاتنة، 2013، ص 151 / 150).

- أنماط السلوك المضطرب:

هناك خمسة أنماط رئيسية للعب غير الطبيعي عند الأطفال وهي:

1. رفض اللعب

2. اللعب النكوصي

3. اللعب بطريقة عدوانية

4. اللعب بأسلوب قهري

5. التشتت في اللعب

ومن المعروف أن اللعب النكوصي والعدواني قد يظهر أحيانا لدى الأطفال الأصحاء، ولكن ليعتبر اللعب غير سوي يجب أن يتسم بالشدّة والتكرار والاستمرارية. أما اللعب المتشتت، فيتميز بأن الطفل لا يبدأ لعبة معينة إلا ليتوقف عنها بسرعة ويبدأ في لعبة أخرى، كما أنه لا يلمس اللعبة إلا ليقذفها بعيدا ويمسك بشيء آخر. ويلاحظ هذا النوع من اللعب بشكل خاص عند الأطفال الذين يفنقرون الأمان العاطفي، أو الأطفال المصابين بأمراض نفسية أو عقلية، حيث يظهر في لعبهم التفكك والبعد عن الواقع، مع غياب الرمزية الواضحة في تعبيرهم عن ميولهم الفطرية (العناني، 2014، ص 263/ 266)

إنن : يتبين مما سبق أن الأطفال الأصحاء ينظرون إلى المعالج بوصفه شخصًا مميزًا، ويعتمدون على استراتيجيات متنوعة لاكتشاف حدودهم ومسؤولياتهم ضمن العلاقة العلاجية. ويظهر هؤلاء الأطفال قدرًا أكبر من السعادة أثناء اللعب، ويتسمون بالوضوح والتلقائية مقارنة بالأطفال المضطربين، كما يعبرون عن مشاعرهم بشكل صريح. في المقابل، يميل الأطفال المضطربون إلى كثرة الشكوى وإبداء الامتعاض. كما أن الأطفال الأصحاء يكوّنون علاقة قائمة على الثقة مع المعالج، ويشاركون تجاربهم في اللعب مع الوالدين والمربين، في حين نادرًا ما يتحدث الأطفال المضطربون عن خبراتهم العلاجية خارج جلسات اللعب.

9. أهداف العلاج باللعب:

يعتبر العلاج باللعب من وجهة نظر فرويد من أبرز الأدوات التكيفية في مرحلة الطفولة، حيث يعد نافذة للكشف عن الصراعات القديمة و العلاقات المضطربة، فضلا عن الكشف عن النرجسية وديناميكيات الشخصية الأخرى. لهذا العلاج أهداف متعددة، منها :

- تنشيط الوظائف الذهنية .
- التأهيل الإجتماعي .
- تعزيز النمو اللغوي لدى الأطفال .
- تشجيع السلوك الإيجابي في المدرسة .
- التعرف عن دفاعات الطفل مثل التفعيل ومساعدته على التغلب على العزلة .
- تطوير القدرات الذهنية والإدراكية والحركية .
- زيادة من مستوى النغمة الانفعالية، و تنشيط النشاط والتعبير عن المشاعر والأفكار .
- تعديل السلوك الاجتماعي وتقليل السلوك العدواني .
- تأهيل الطفل لمستقبله .
- التغلب على التوتر والانفعالات السلبية والطاقة الزائدة (بن عامر، 2025 ، ص 25).

10. دور المعالج النفسي في العلاج باللعب:

- يمكن أن نوضح دور المعالج النفسي في النقاط التالية :
- المشاركة الواعية في اللعب تهدف إلى مصلحة الطفل

- أن يتسم المعالج بشخصية حساسة لميول الطفل و أهمية الاستجابة لها. (الصوالحة 2007، ص 296).

- أن يضمن المعالج كيف يصبح موضوعا لعملية التحويل لانفعالات الطفل و في هذه الحالة عليه أن يستعمل أفضل الطرق ليخلص الطفل من مشاعر التحويل حسب طبيعة هذه المشاعر فقد يكون التحويل كنوع من التعلق بالمعالج أو تحويل هذه المشاعر و الانفعالات الشديدة نحوه فعلى المعالج في هذه الحالة أن يكون قادرا على تغيير مشاعر الطفل نحو الأشياء و المواقف (الصوالحة ، 2007، ص 296).

ثانياً: اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه

1. نبذة تاريخية عن اضطراب فرط الحركة:

لقد نال مصطلح اضطراب فرط النشاط اهتمام كبير من قبل عدد من الباحثين في مجال التربية وعلم النفس وطب الأطفال .

حيث أستخدم الاضطراب لأول مرة من قبل الدكتور هنريك هوفمان عام (1845)، وهو طبيب كتب العديد من الكتب في الطب والطب النفسي والذي ركز على إيضاح سمات الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة المتمثل في تشتت الانتباه وفرط النشاط، والاندفاعية . أما في عام (1902) قام جورج ستيل بنشر عدد من المحاضرات للكلية الملكية للأطباء في إنجلترا والتي وضح فيها مجموعة من الأفراد الاندفاعيين الذين يعانون من مشكلات سلوكية نتيجة اضطرابات في المخ، أو إلى عوامل وراثية، أو إلى عوامل بيئية أو طبية أخرى.

كما أشاروا إلى إنتشار ، هذا الاضطراب بين الذكور أكثر من الإناث وأوصى علاج هذه الحالات وإبقاءهم داخل المصحات لوقت إنتهاء علاجهم .

تنامي الإهتمام الطبي في السلوكيات المرتبطة بفرط الحركة و نقص الانتباه حيث تبين ظهر وجود مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر على الدماغ مثل الأورام و الأمراض المعدية و الإصابات المختلفة و التي تؤدي بدورها إلى حدوث مشكلات في السلوك و التعلم ، كما صرح تردغولد (1908) بأنه في

حالات الإصابة الدماغية البسيطة خلال الولادة فإن الأعراض الأولية تختفي بسرعة و تظهر عندما يبدأ الطفل الدراسة دالة على وجود عجز ما ، و على الرغم من التجاهل الكبير لما جاء به تردغولد في الأربعين سنة التالية ، تواصل تنامي بالإهتمام في إنعكاس الإصابة الدماغية على السلوك ، فقد أصيب الكثير الأطفال بعدوى الإلتهاب الدماغى أو إلتهاب السحايا بين عامي (1917 / 1918) هذا ما لفت الانتباه إلى مشكلات السلوك التي ظهرت لدى الكثير من الأطفال بالتهيج و الاندفاعية و فرط الحركة ، و عدم الاستقرار الوجداني ، و السلوكيات العدوانية ، كما أعاد ستراوس الإهتمام خلال الأربعينيات بنظرة " تردغولد " Strauss ذوي الإصابات الدماغية و حيث توصل إلى أن كل الأفراد الذين تظهر عليهم المشكلات السلوكية و التعليمية قد لحقت بهم إصابات دماغية " تلف دماغي بسيط " ، أما في الستينات لقد تغير مصطلح " تلف دماغي بسيط " إلى " خلل دماغي بسيط " إذ يعرف على أنه اضطراب متغير أو غير متجانس في سمياته و قد شمل الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية و كذلك الأطفال المصابين بنقص الانتباه و فرط الحركة و الاندفاعية و في كتاب الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية أعتبر نقص الانتباه و الاندفاعية عرضين رئيسيين أما بالنسبة للأطفال الذين تظهر عليهم هذين العرضين فهم يشخصون على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه ، كما أن الذين تظهر عليهم هذين العرضين إضافة إلى فرط الحركة فمن هنا تم الإشارة على أنه اضطراب وحيد في الطبعة الجديدة من الدليل التشخيصي و الإحصائي و هو اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة فهو يعرف بقلة الانتباه و الحركة الزائدة و الاندفاعية (مديانة،2020،ص05).

جدول رقم (01) يوضح تطور مفهوم اضطراب النشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي

للاضطرابات العقلية.

الدليل التشخيصي الرابع (DSM 1994) 4	الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (DSM 111- R 1987)	الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM 111 1980)
<p>1_نشاط زائد وقصور الانتباه مصحوب بتشتت الانتباه ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط في تشتت الانتباه من قائمة بها تسعة أعراض .</p> <p>2_نشاط زائد وقصور الانتباه مصحوب بالاندفاعية ونشاط حركي زائد</p>	<p>اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه ADHD ويحتوي على ثمانية أعراض في قائمة بها أربعة عشر عرضاً يدل على قصور الانتباه الاندفاعية ، النشاط الزائد</p>	<p>1_اضطراب قصور الانتباه ADD بدون نشاط زائد وهو يحتوي على ثلاثة أعراض لقصور الانتباه ، وثلاثة أعراض للاندفاعية .</p> <p>2_قصور الانتباه واضطراب النشاط الزائد</p>
<p>ADHD وتعرفه ستة أعراض فقط من قائمة بها تسعة أعراض منها ستة أعراض تدل على النشاط الزائد ، وثلاثة أعراض تدل</p>		<p>ADD ويحتوي على عرضين للنشاط الزائد</p>

على		
الاندفاعية .		
نمط مشترك ADHA وتعرفه		
الأعراض التي		
ذكرت في رقم 1 و 2 أعلاه		

(محمدي، 2011، ص 43)

2. تعريف اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه: لقد تعددت التعاريف لاضطراب فرط

الحركة و تشتت الانتباه نذكر منها :

- الزيادة في النشاط الحركي للطفل بصورة مبالغ فيها و غير مقبولة ، و العجز في التركيز و الانتباه لفترة طويلة، وعدم القدرة على التحكم في النفس (الاندفاعية) بالإضافة إلى صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين (رمضان، 2022، ص 177).
- مجدي احمد محمد عبد الله (2005) يعرفه بأنه: "جملة من الأعراض المتداخلة فيما بينه، وهي إتسام الطفل بالنشاطات الغير الهادفة وعدم الاستقرار الحركي، مع عدم القدرة على التركيز والانتباه والاندفاعية في حل المشكلات دون تركيز، وهذا ما قد ينجم عنه عدم القدرة على التواصل وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع تدني مستوى التحصيل الدراسي" (برنوسي، الهواري، 2024، ص 51).
- يعرفه بطرس حافظ بطرس (2008) هو: " إفراط الطفل في الحركة وضعف التركيز، وممارسة حركات عشوائية كثيرة وإزعاج من حوله" (بطرس، 2008).

- تعرفه هناء إبراهيم الصندقي (2009) بأنه: "اضطراب يتميز خصوصاً بنمو غير متلائم للمهارات التي تتطلب تركيز الانتباه، كما تتميز باندفاع متهور وحركة مفرطة وكل هذه السلوكيات توجد بشكل ال يناسب مع العمر او السلوك المتعارف عليه عموماً وهذا ما يؤدي الى الكثير من المشاكل في تعليم الطفل وعلاقته مع اقرانه" (يوبي، 2015، ص 72).

يعرف الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (2001)

على أنه "صعوبة في التركيز والقدرة على الاستمرار في إتمام المهام، ويصاحبه زيادة في النشاط الحركي، حيث يُعتبر النشاط الزائد حركة غير هادفة وغير متوافقة مع الموقف أو المهمة، مما يؤدي إلى إزعاج الآخرين.

يتضمن المعيار التشخيصي لهذا الاضطراب ما يلي :

- قصور الانتباه :عدم قدرة الطفل على إتمام المهام وصعوبة في التركيز .
- الاندفاعية أو التهور :مثل التصرفات التي تحدث قبل التفكير في العواقب وصعوبة تنظيم العمل .
- النشاط الزائد :الحركة المستمرة وغير المنضبطة". (شوقي، 2012، ص 131)

تعريف الجمعية البريطانية لعلم النفس: 2008

عرفته الجمعية البريطانية لعلم النفس ADHD بأنه : "اضطراب عصبي نفسي محدد Neuropsychiatric يتمثل في ضعف الانتباه و/ أو النشاط الزائد والاندفاعية، ولا يلائم المرحلة النمائية العمرية للفرد، ويسبب إعاقة ذات دلالة في التفاعل الاجتماعي والنجاح الأكاديمي، وعجزاً في السلوك

المنظم والمنتج، وكاضطراب نائي يمكن تحديده في الطفولة، ويستمر خلال مرحلة الرشد" (محاسن، 2015، ص، 08) .

التعريف الطبي :

تُعرف مجموعة من الأطباء المتخصصين في اضطرابات الانتباه والاضطرابات العقلية اضطراب فرط النشاط الحركي وتشنت الانتباه (ADHD) على أنه "اضطراب عصبي حيوي يتسبب في خلل وظيفي كبير في القدرة على الانتباه والتركيز، ويؤثر على حوالي 3% إلى 5% من أطفال المدارس، مما يؤدي إلى صعوبات ملحوظة في الأداء الأكاديمي والسلوكي".

يعرفه تشرنومازوف 1996 على أنه " قصور في وظائف المخ، التي يصعب قياسها في الإختبارات النفسية " . (مديانة، 2020، ص06)

التعريف السلوكي :

عرفه باركلي (1990) " في نظريته عن اضطراب تشنت الانتباه المصحوب بفرط النشاط على "أنه اضطراب في صنع الإستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة ،والمستقبلية مع عدم ملائمة السلوك". (محمود، 2023، ص 39)

واكد جولدستين (1999) تعريف باركلي في نظريته على أن الأطفال ذوي تشنت الانتباه و فرط النشاط لديهم مشاكل متعلقة بالوظيفة التنفيذية أثناء التعلم مما يمكن أن تكون السبب في اعاقه نموهم الاكاديمي وتجعلهم يعانون من صعوبة العمليات اللفظية المتصلة باللغة. (مديانة، 2020، ص07)

3. أعراض اضطراب فرط الحركة و تشنت الانتباه

- صعوبة في تثبيت انتباه على مثير واحد، حيث يتشتت انتباهه بسهولة عند رؤية مؤثرات أخرى في البيئة المحيطة.
- صعوبة في الاستمرار في نشاط واحدة و إتمامه بالإضافة إلى عجز في الانتباه للتعليمات الموجهة له .
- كثرة الحركة غير الهادفة، و القيام بحركات عشوائية داخل القسم و عند الجلوس على المقعد ، علاوة على هذا فإنه يحرك جميع الأشياء الموجودة أمامه. كما تظهر سلوكياته بطريقة غير منظمة نتيجة لعدم قدرته على التحكم في نفسه، و أحيانا تظهر تصرفات غير مقبولة اجتماعياً لا تتماشى مع النظام السائد في البيئة المحيطة به، مما يسبب الإزعاج لزملائه. أما بالنسبة لسلوكياته قد تكون عدوانية، مما يعرقل قدرته على تكوين علاقات صداقة وتفاعل اجتماعي مع الآخرين .
- يعرف الطفل بالاندفاعية، حيث لا يراعي مشاعر الآخرين، كما أنه يقوم بمقاطعة أحاديثهم والإجابة على الأسئلة قبل أن تكتمل، ودون أن يفكر في ردوده. و لديه صعوبة في الانتظار حتى يحين دوره، كما أنه يتخذ قرارات متهورة و يقوم بأمورا خطيرة دون التفكير في عواقب تصرفاته(الزراع، 2007،ص31)

❖ الأعراض الجسدية :

- الأنف :يعاني الطفل من الزكام، الرشح، والعطس المستمر، مع إفرازات أنفية دائمة، كما أنه يشعر بألم في الرأس، الظهر، الرقبة، العضلات، والمفاصل. هذه الآلام غير مرتبطة بالنشاط الحسي، ولا تحدث جميعها في نفس الوقت، وتفاوت في شدتها .
- البطن :يعاني من ألم في المعدة، شعور بالانتفاخ وعسر الهضم، ورائحة فم غير مستحبة، مع وجود غازات، هذه الأعراض مرتبطة بالحالة المرضية، وتفاوت أيضا في توقيتها وشدتها .
- المثانة :يعاني من التبول الإرادي حتى خلال النهار، مع شعور متكرر بالحاجة للتبول.

- الوجه: يظهر شحوب في البشرة، مع وجود دوائر داكنة وانتفاخات تحت العينين .
 - الأذن: يعاني من تجمع السوائل خلف طبلة الأذن، مع شعور بالطنين في الأذن .
- التنفس: يتميز تنفسه بسرعة مع بعض إصدار صوت . (بن عامر ، 2025 ، ص 45)

❖ الأعراض الجسمية :

إن الأطفال الذين المصابين بفرط النشاط الحركي يميلون إلى العديد من الحركات الجسدية المختلفة ، والتي كثيرا ما تكون بطريقة عشوائية وغير مقبولة اجتماعياً. هؤلاء الأطفال لا يبقون في مكان واحد، فهم يتنقلون باستمرار بين المقاعد، ولا يجلسون دون حركة وإذا طلب منهم الجلوس، فيتمايلون أو يحركون أنفسهم على مقاعدهم دون توقف، وقد يقفزون فوق المقاعد أو يصدرن أصواتاً بلا مبرر كما أن حركاتهم الجسدية تكون غير موجهة و بدون هدف . وقد لوحظ لدى العديد من الأطفال كثرة حركات الرأس والعينين في إتجاهات مختلفة دون التركيز على شيء معين، حيث يلتفتون يميناً ويساراً بدون سبب . كما أن هذه الحركات تظهر في مختلف الأماكن مثل المنزل، المدرسة، أثناء تناول الطعام، مشاهدة التلفاز أو أداء الواجبات المنزلية. (بن عامر ، 2025 ، ص 45)

❖ الأعراض الانفعالية:

إن الطفل المفرط حركياً تظهر عليه أعراض إنفعالية ، فيعرف بأنه متهور و يصعب عليه ضبط نفسه و السيطرة على إنفعالاته كما تظهر عليه علامات الغضب بحيث لا يستطيع التحكم في استجاباته للمثيرات الخارجية و جل هؤلاء الأطفال ذوي الإفراط الحركي ، تكون إستشارتهم بسهولة و تتخللهم نوبات الغضب الحادة ، و تقلبات المزاج المفاجئة ، كما يعرفون بسرعة الهياج خاصة إذا واجهوا مواقف محبطة غير متوقعة و لوحظ أن هؤلاء الأطفال يظهر لديهم عدم الرضا و ينظرون لأنفسهم نظرة سلبية و انفعالاتهم دائماً غير مستقرة و مفهوم الذات لديهم منخفض (مديانة، 2020 ، ص 08)

و قد وضع (حاتم الجعافرة ، 2008 ، ص 28) ثلاثة أنواع من الأعراض و هي : أعراض قلة الانتباه و الأعراض الاجتماعية و الأعراض التعليمية حيث يمكن شرحها كالآتي:

❖ **قلة الانتباه :** يتصف انتباهه هؤلاء الأطفال بمدة قصيرة جدا و عدم قدرتهم للإستجابة للمثيرات

الظاهرة بسهولة

- الشرود الذهني و ضعف التركيز

- كثرة التملل و التذمر و النسيان

- الاندفاع: فهؤلاء التلاميذ يستقبلون ما يدور حولهم ثم يتصرفون مباشرة قبل أن يفكروا في رد الفعل

(مديانة، 2020، ص 07) .

❖ **الأعراض الاجتماعية:**

بينت الدراسات أن الأطفال ذوي الإفراط الحركي غير متوافقين كما أنهم يستطيعون التعاون مع الآخرين، و لا يمثلون للأوامر كما أنه تصعب عليهم إقامة علاقات طيبة مع زملائهم و إخوانهم ، و يقومون بسلوكيات غير مقبولة اجتماعيا مثل : العدوان و الصراخ والشجار و الهياج و قد ينسحبون من الجماعة و تراهم منبوذين من الآخرين غير قادرين على التفاعل الاجتماعي الإيجابي (مديانة، 2020، ص 07) .

❖ **الأعراض التعليمية:**

كما تؤكد الدراسات على أن الأطفال ذوي الإفراط الحركي في المجال التعليمي على أنهم يعانون من صعوبات في التعلم ، و لديهم كثير من المشكلات التعليمية فهم: لا يستطيعون إتمام أعمالهم المدرسية

و لا يركزون أثناء شرح الدرس بالإضافة إلى عجز في الإنتباه كما أنهم يواجهون صعوبة في التعامل مع الرموز و الاختصارات و استيعاب التعلم(مديانة، 2020، ص80)

❖ الأعراض السلوكية للمرض:

- عدم القدرة على إنتظار الدور في أي نشاط و تظهر عليه سرعة التحول من نشاط لآخر.
- اللامبالاة و فوضوية الطبع و عدواني في حركاته و بالإضافة إلى تغير مستمر في المزاج.
- عدم الالتزام بالأنشطة التي بين يديه حتى انتهائها .
- صعوبة التكيف مع الجو الجديد .
- تأخر النمو اللغوي .
- الإحساس بالإحباط لأنفه لأسباب مع نقص الثقة في النفس.
- تدهور علاقاته مع الآخرين حيث يقاطعهم و يتدخل في شؤونهم .
- صعوبة في التعبير عن الرأي الشخصي بوضوح .
- يثار بالضحك أو البكاء العنيف لأنفه الأسباب (سحنون، 2013، ص 32)

4. أعراض الدليل التشخيصي للأمراض العقلية و النفسية DSM5

❖ الأعراض حسب DSM 5

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)، يتم تشخيص اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي بناءً على المعايير المحددة فيه. يقدم هذا الدليل إرشادات لتشخيص اضطراب نقص

الانتباه وفرط النشاط الحركي، بالإضافة إلى الاضطرابات النمائية، السلوكية، أو الانفعالية الأخرى، من خلال قائمة من الأعراض التي قد تشير إلى وجود الاضطراب، وكذلك مجموعة من المعايير التي تساعد في تحديد إذا كان الفرد يعاني من اضطراب ما طبقاً لمعايير DSM5 تظهر أعراضه بصفة مستمرة في آخر 6 أشهر قبل العلاج :

و التي نلخصها في :

- **تشبت الانتباه:** يجب أن تكون هناك 6 أعراض مستمرة لمدة 6 أشهر :
- يفشل في الانتباه للتفاصيل بشكل دقيق ويقوم بارتكاب أخطاء غير مبالية أثناء أداء الواجبات المنزلية .
- يجد صعوبة في الحفاظ على انتباهه أثناء أداء المهام أو ممارسة الأنشطة .
- يبدو غير مهتم عندما يُوجه إليه الحديث مباشرة، حيث يبدو وكأن تفكيره في مكان آخر .
- يواجه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة، ولا يتبع التعليمات بشكل جيد (مثل صعوبة الحفاظ على ترتيب الأشياء الشخصية، فوضوية في العمل، نقص في تنظيم الوقت، وعدم الالتزام بالمواعيد المحددة).
- يتردد في الانخراط في الأنشطة التي تتطلب جهداً ذهنياً مستمراً، مثل العمل المدرسي والواجبات المنزلية .
- من السهل أن يتشتت انتباهه بسبب المؤثرات الخارجية .
- غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لأداء مهامه وأنشطته، مثل الأقلام، الكتب، الأدوات، الأوراق، النظارات، المفاتيح، والهواتف المحمولة .
- ينسى كثيراً في الأنشطة اليومية، مثل الأعمال الروتينية أو إنجاز المهام .
- غالباً ما يقاطع الآخرين ويتدخل في شؤونهم (ديالة، 2017، ص 65)

- فرط الحركة والاندفاعية : يجب أن تكون هناك 6 أعراض تستمر لمدة 6 أشهر :
- غالبًا ما يظهر الشخص تمللا في يديه أو قدميه أو يتحرك بشكل مفرط في مقعده .
- يميل إلى مغادرة مقعده في الحالات التي يُتوقع منه فيها البقاء في مكانه .
- يركض أو يتسلق في مواقف لا تكون مناسبة لذلك .
- يواجه صعوبة في اللعب أو الانخراط بهدوء في الأنشطة الترفيهية .
- يظهر عادةً حالة من التوتر أو يتصرف كما لو كان مدفوعًا، ويتحدث بشكل سريع .
- يندفع للإجابة قبل اكتمال السؤال (عبد الحميد، 2005، ص 19)

5. أسباب اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه:

لم يحدد سبب واضح لحدوث هذه الحالة ، ولا عيوب ظاهرة في الجهاز العصبي ، إلا أنه هناك اتفاق بين العلماء أن هذا المشكل يحدث نتيجة لأسباب عضوية نمائية للجهاز العصبي لم يتم التوصل إليها وتحديدها ،فاختلاف كيمياويات المخ تؤدي الى تأثيرات على المزاج والسلوك ، حصول الاضطرابات في الجهاز العصبي حدثت خلال نمو الجنين في مراحل الحمل قبل الولادة ، ولم تظهر أعراضها الكاملة حتى بلوغ الطفل سن المدرسة، وتلعب الوراثة دورا مهما ولكن لم يتم التعرف على المورث المؤدي له.

➤ الأسباب الوراثية

يلعب العامل الوراثي دورًا مهمًا في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. فمن الناحية المباشرة، قد تنتقل الصفات الوراثية المرتبطة بوظائف الانتباه من الآباء إلى الأبناء، مما قد يؤدي إلى ضعف أو خلل في بعض المراكز العصبية في الدماغ. أما بشكل غير مباشر، فقد تُورث عيوب تكوينية معينة تؤثر في نمو الخلايا العصبية، وهو ما ينعكس سلبًا على تطور المراكز المسؤولة عن الانتباه والتركيز.

وتدعم نتائج الدراسات هذه الفرضية، حيث أظهرت الأبحاث التي أُجريت على التوائم وجود نسبة تماثل مرتفعة في تشخيص الاضطراب بين التوائم المتماثلة، إذ بلغت حوالي 81%، مقارنة بنحو الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة. كما بيّنت الدراسات التي تناولت الأقارب من الدرجة الأولى (كالإخوة والوالدين) أن نسبة الإصابة تصل إلى حوالي 25% لديهم، مقابل 7% فقط لدى أقارب الأفراد غير المصابين.

وفي هذا السياق، توصل باركلي (1999) من خلال دراسته على التوائم المتماثلة إلى أن إصابة أحد التوأمين بهذا الاضطراب تزيد من احتمال إصابة التوأم الآخر بمعدل يتراوح بين 11 إلى 18 مرة مقارنة بغير التوائم، كما أظهرت النتائج أن ما بين 55% إلى 92% من التوائم المصابين تستمر الأعراض في الظهور. (المرسومي، 2011، ص 5)

➤ الأسباب العصبية وبيولوجية:

ترتبط هذه الأسباب بوجود خلل في وظائف الدماغ المسؤولة عن الانتباه، أو باضطراب في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية، إضافة إلى خلل في نظام التنشيط الشبكي المسؤول عن اليقظة. ويظهر ذلك من خلال ما يلي:

(1) تأخر النضج العصبي: يشير والين (Whalen) إلى أن الأفراد الذين يعانون من تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط لديهم خلل في الجهاز العصبي المركزي. وقد تم التوصل إلى ذلك من خلال مجموعة من الأدلة الفيزيائية والنفسية، مثل زيادة حساسية الجلد، ونتائج تخطيط الدماغ، والاستجابات الدفاعية، وهي مؤشرات تدل على وجود صعوبات في أنظمة الإرسال العصبي ووظائفها.

(2) **الإضطرابات البيو كيميائية** : هناك العديد من الدلائل التي تشير إلى أن اضطراب تشتت الانتباه مع فرط الحركة حيث أنه يرتبط بخلل في التوازن الكيميائي للنواقل العصبية في الدماغ. إلا أن الدراسات التشريحية والفسولوجية والعصبية أظهرت لدى المصابين بهذا الاضطراب انخفاضاً في معدل استهلاك الجلوكوز في المادة البيضاء، خاصة في الفص الصدغي، مما يعكس ضعفاً في النشاط الأيضي لهذه المناطق. (قاضي، 2011، ص 33)

➤ الأسباب المتعلقة بالبيئة الأسرية

يُعدّ الجانب الأسري من المتغيرات المهمة المؤثرة في سلوك الطفل، إذ تلعب العوامل البيئية داخل الأسرة، مثل سلوك أفرادها وأساليب التنشئة التي يتبعها الوالدان، دوراً بارزاً في ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي.

وفي هذا السياق، يرى **بركلي** أن اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة قد يكون نتيجة مباشرة لضعف قدرة الوالدين على ضبط سلوك الطفل، حيث إن الأساليب التي يعتمدها بعض الآباء في التعامل مع هؤلاء الأطفال تكون في كثير من الأحيان غير فعالة، مما يساهم في تفاقم المشكلات السلوكية لديهم. كما توصلت دراسة **إدواردز وآخرين (1995)** إلى أن الأسر التي لديها أطفال يعانون من هذا الاضطراب تواجه صعوبات متعددة، من بينها زيادة النزاعات الزوجية، وارتفاع مستويات الضغوط النفسية، إلى جانب شعور الوالدين بعدم الكفاءة، وذلك بسبب اعتمادهم على أساليب تربوية يغلب عليها الطابع السلبي. (قاضي، 2011، ص 60)

➤ الأسباب النفسية والاجتماعية

يرى علماء النفس أن اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة يرتبط بشكل مباشر بعوامل نفسية واجتماعية تتعكس بوضوح على سلوك الطفل الظاهر. فالضغوط النفسية والإحباط الذي يتعرض له الطفل قد يؤديان إلى انخفاض ثقته بنفسه وتدني مفهومه لذاته، إضافة إلى شعوره بعدم الرضا عن تصرفاته، مما يضعف معنوياته ويدفعه إلى الانسحاب والانغلاق على ذاته، وقد يتخذ أحياناً سلوكاً انتقامياً تجاه الآخرين.

كما تسهم هذه الظروف في زيادة شعوره بالوحدة والقلق والاكتئاب، وهو ما أكدته دراسة بيتر وآخرون (1993)، حيث أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب واضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة. بالإضافة إلى ذلك، فإن التعرض المتكرر للعقاب البدني يزيد من شعور الطفل بالإحباط، مما قد يدفعه إلى تبني أنماط سلوكية غير مرغوب فيها.

ومن ناحية أخرى، يعاني الطفل المصاب بهذا الاضطراب من صعوبات في التوافق الاجتماعي، حيث يميل إلى الاندفاعية والعدوانية والعناد. وتظهر هذه السلوكيات بشكل واضح أثناء اللعب، مما يؤدي إلى

نفور أقرانه منه وابتعادهم عنهم (العايب، حوداشي، 2022 ، ص 54)

6. النظريات المفسرة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه:

✓ **نموذج سيرجينت:** يُفسر هذا النموذج اضطرابات الانتباه من منظور معرفي، ولذلك يُعرف بالنموذج المعرفي النشط. ويقوم على إفتراض أساسي يتمثل في أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ناتج عن خلل في القشرة المخية المسؤولة عن تنظيم مستوى الإثارة. ويؤدي هذا الخلل إلى انخفاض في الجهد المبذول وضعف في النشاط المعرفي لدى الفرد، مما يؤثر على طريقة تفاعله مع المواقف المختلفة. كما أن هذا الاضطراب في مستوى الطاقة المعرفية قد ينتج عنه مشكلات سلوكية ثانوية تظهر لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب.

✓ **نموذج باركي:** يرتكز هذا النموذج على نتائج عدد من الدراسات التي تناولت اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه، ويقوم على فرضية أساسية مفادها أن هذا الاضطراب يرتبط بخلل في الوظائف التنفيذية. وتشمل هذه الوظائف مجموعة من العمليات العقلية العليا التي تهدف إلى تنظيم السلوك وتوجيهه، مثل الانتباه، والتخطيط، والمرونة المعرفية، والتنظيم. ويرى باركي أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يُعد اضطرابًا نمائيًا يؤثر على هذه الوظائف، وهو ما يظهر بوضوح في ضعف القدرة على ضبط النفس والتحكم في السلوك . (خيشة ، 2020، ص 17)

✓ **نموذج بوسنر للانتباه الطبيعي:** يقوم هذا النموذج على تحديد ثلاث مكونات أساسية للانتباه، حيث يوضح أن الانتباه لا يُعد عملية واحدة، بل يتكون من عدة شبكات مترابطة تعمل معًا.

- **شبكة التحكم التنفيذي،** وهي المسؤولة عن اكتشاف المثيرات المختلفة وإدخالها إلى مستوى الوعي، وتقع في الجزء الأمامي الأوسط من الدماغ.

- **شبكة الإنذار،** وتتمثل وظيفتها في تهيئة الخلايا العصبية للاستجابة للمثيرات التي تم اكتشافها، أي إعداد الدماغ لحالة اليقظة والانتباه.

- **شبكة التوجيه أو التحرك،** وهي التي تعمل على توجيه الانتباه نحو المثير الجديد، مع القدرة على التمييز بين المثيرات المختلفة والفصل بينها (خيشة ، 2020، ص 18)

✓ **النظرية السلوكية :**

ترى هذه النظرية أن الطفل يولد بطبيعة فطرية واجتماعية غير مكتملة التشكل، وقابلة للتكوين من خلال الخبرات والتفاعل مع البيئة، حيث تتكوّن السلوكيات لديه عبر العلاقة بين المثير والاستجابة التي يتم تعلمها.

وفي هذا السياق، يفسّر B. F. Skinner السلوك الاجتماعي اعتمادًا على قوانين التعزيز، من خلال أسلوبَي الثواب والعقاب. إذ يكتسب الطفل أنماطًا سلوكية معينة نتيجة الأساليب التي يتبعها الوالدان في التعامل معه. ويميل الطفل إلى تكرار السلوك الذي يتلقى عليه تعزيزًا أو مكافأة، بينما يقلّ احتمال تكراره للسلوك الذي لا يُعزّز. وبذلك يتعلم الطفل تدريجيًا الاستجابات المرتبطة بالمكافآت ويتجنب السلوكيات غير المعززة. (بن نابي، بن حنة، 2023، ص 25)

يرى (John B. Watson) أن السلوك الإنساني يقوم أساسًا على الأفعال الشرطية المنعكسة، وأن البيئة تُعد العامل الرئيسي في تشكيل هذا السلوك. وبناءً على ذلك، يؤكد أنه إذا أمكن التحكم في بيئة الطفل وتوجيهها بشكل مناسب، فمن الممكن تشكيل سلوكه وبناء شخصيته وفق النمط المرغوب. (محاسن، 2015، ص 24)

✓ النظرية البيولوجية :

تم التركيز في دراسة اضطراب فرط النشاط الحركي وتشنت الانتباه على أربعة مجالات رئيسية، يمكن عرضها كما يلي:

1. **المجال المرتبط بالعوامل العصبية**، حيث تشمل هذه العوامل بعض النواقل العصبية مثل الدوبامين والنورإبينفرين، والتي تلعب دورًا أساسيًا في تنظيم الانتباه وضبط النشاط الحركي.
2. **المجال العصبي النفسي**، إذ تفترض هذه المقاربة أن الاضطراب يرتبط بوجود خلل أو إصابات في الفص الجبهي، خاصة في المنطقة الأمامية من القشرة الدماغية، وهو ما يؤدي إلى صعوبات في الوظائف التنفيذية مثل التركيز والانتباه، إضافة إلى ضعف القدرة على التحكم في الاستجابات. وقد

دعمت هذه الفرضية ملاحظات التشابه في الأعراض لدى الأفراد الذين يعانون من إصابات في نفس المناطق الدماغية.

3. **المجال القائم على التصوير العصبي الوظيفي والبنائي**، حيث تشير الدراسات إلى أن الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يُظهرون انخفاضًا في معدلات التمثيل الغذائي للجلوكوز في الفصوص الجبهية والجدارية من القشرة الدماغية، وهو ما يعكس انخفاض مستوى النشاط في هذه المناطق.
4. **المجال الوراثي**، فقد بينت الدراسات التي أجريت على التوائم و الأقارب أن احتمال الإصابة بالاضطراب يزداد مع زيادة درجة القرابة، كما أظهرت التوائم المتطابقة نسب إصابة أعلى مقارنة بالتوائم غير المتطابقة، مما يشير إلى دور العامل الوراثي في ظهور هذا الاضطراب.

✓ النظرية التحليل النفسي :

يرى أنصار التحليل النفسي أن سلوك الطفل يتشكل بدرجة كبيرة من خلال تأثير الوالدين، إذ يمكن لهما توجيهه نحو سلوكيات إيجابية وبناءة تساعده على استثمار طاقته بشكل مفيد، خاصة في تحويل مشاعر الإحباط إلى أنشطة نافعة. كما يُفترض أن بعض الصعوبات التي يعاني منها الطفل قد تعود إلى أساليب تنشئة غير سليمة أو خبرات مؤلمة مرّ بها، مما يجعل تحقيق التوازن النفسي لديه أمرًا ضروريًا لنموه السليم.

وتقوم هذه النظرية على جانبين أساسيين: جانب نمائي وآخر ديناميكي، حيث تُفسّر اضطرابات السلوك على أنها نتيجة صراع داخلي بين مكونات الشخصية الثلاثة: الهو، والأنا، والأنا الأعلى. ويرتبط عدم التوافق السلوكي، وفقًا لهذا التصور، بتجارب الطفولة المبكرة، سواء كانت صدمات أو علاقات غير

صحية مع الوالدين، إضافة إلى بعض العوامل الفطرية. كما يُعد اختلال التوازن بين هذه الصراعات الداخلية وآليات الضبط الذاتي من أهم أسباب الاضطراب.

ويؤكد **Sigmund Freud** أن "الأنا" تتشكل من خلال تفاعل الطفل مع بيئته الاجتماعية والمادية، في حين ينشأ "الأنا الأعلى" نتيجة تأثير السلطة الأسرية، خصوصاً دور الأب. ويرى أن الخبرات الأولى في حياة الطفل تمثل الأساس الذي تُبنى عليه شخصيته النفسية والاجتماعية لاحقاً. وعلى الرغم من إقراره بوجود استعداد وراثي لبعض الاضطرابات، فإنه يمنح أهمية أكبر للعوامل البيئية، خاصة أساليب التنشئة الأسرية، ويعتبر القلق عنصراً محورياً في نشوء الاضطرابات النفسية نتيجة الأخطاء التربوية.

وفيما يتعلق باضطراب فرط النشاط الحركي، يفسره التحليل النفسي على أنه ناتج عن اضطراب قهري في الجهاز العصبي يؤدي إلى زيادة الاستجابة للمثيرات الخارجية وصعوبة التحكم فيها. ولا يُنظر إليه كمرض مستقل بقدر ما هو اضطراب سلوكي قد يستمر عبر مراحل النمو المختلفة من الطفولة إلى الرشد.

كما يرى أنصار هذا الاتجاه أن هذا الاضطراب يظهر من خلال عدة مظاهر، من أبرزها:

✧ عدم قدرة الطفل على الاستمرار في نشاط واحد لفترة كافية

✧ صعوبة الحفاظ على نفس الوتيرة في الأداء

✧ ضعف الاستجابة المنظمة للمواقف المختلفة سواء على المستوى العقلي أو من حيث التركيز

والانتباه. (بن عامر، مزري، 2025، ص، 49)

7. تشخيص اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه

يتطلب تشخيص اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط جمع معلومات دقيقة وشاملة حول سلوك الطفل، إلى جانب تقييم قدراته العقلية ومدى قدرته على التعميم. وبما أنه لا يوجد إختبار طبي مباشر وحاسم لهذا الاضطراب، يتم الإعتماد على مجموعة من الأدوات والأساليب التشخيصية المختلفة. ويُعد التشخيص الأكثر دقة هو الذي يجمع بين الفحص الطبي والاختبارات النفسية والمعرفية، بإعتباره خطوة أساسية قبل إتخاذ أي قرار يتعلق بالعلاج المناسب.

ويرى **Knivsberg (1999)** أن ضعف الانتباه يُعد مشكلة عصبية مرتبطة بالدماغ، وبالتالي فهو يحتاج إلى تشخيص طبي متخصص، مما يعني أن الأخصائي النفسي أو المعالج وحده لا يكون كافيًا لإجراء التشخيص بشكل كامل. ويُعتبر طبيب الأطفال أو طبيب الأعصاب أو الأخصائي النفسي الإكلينيكي هم الأكثر تأهيلاً لذلك. وفي هذا الإطار، يقترح **Edward Hallowell و John J. Ratey (1994)** أن تبدأ عملية التشخيص بزيارة طبيب مختص لتحديد طبيعة ضعف الانتباه من خلال دراسة تاريخ الحالة، مع التأكد من عدة نقاط، أهمها: استمرار الأعراض منذ الطفولة، وكونها أشد من المعدل الطبيعي مقارنة بالأطفال في نفس العمر، وعدم إمكانية تفسيرها باضطراب آخر.

كما يشير **Russell A. Barkley** إلى أهمية جمع معلومات تفصيلية عن تاريخ الحالة من مصادر متعددة مثل الوالدين والطفل والمعلمين، يلي ذلك إجراء فحص طبي شامل لاستبعاد أي مشكلات صحية قد تؤثر على الانتباه. وقد اقترح نموذجًا تشخيصيًا يتكون من أربع مراحل أساسية:

1. **الملاحظة الأولية:** حيث يلاحظ المعلمون والوالدان سلوك الطفل ورصد أي مؤشرات على

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

2. **مرحلة المسح الأولي:** وتشمل إجراء اختبارات ذكاء وتحليل سلوكي عام، بالإضافة إلى فحوص

طبية لاستبعاد المشكلات الحسية أو الصحية .

3. مرحلة ما قبل التحويل للتشخيص الشامل: ويتم فيها تطبيق التوصيات الأولية ومحاولة التعامل

مع المشكلة داخل البيئة المدرسية أو المنزلية دون اللجوء مباشرة للتشخيص المتخصص .

4. التحويل للتشخيص الشامل: وفي حال عدم تحسن الحالة، يتم إجراء تقييم نفسي متكامل يتضمن

اختبارات الذكاء والتحصيل الفردي، إضافة إلى مقاييس تقدير السلوك لتحديد الحالة بدقة .

وتُعد هذه المراحل أساسًا للوصول إلى تشخيص دقيق يساعد في اختيار العلاج المناسب. كما وضعت

الجمعية الأمريكية للطب النفسي معايير تشخيصية معتمدة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

للاضطرابات النفسية DSM-5، حيث يتم تشخيص اضطراب ADHD وفق محكات محددة، من أهمها:

إجراء تقييم شامل للطفل، استمرار الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ظهورها في أكثر من بيئة (مثل

المنزل والمدرسة)، وتأثيرها الواضح على الأداء الأكاديمي والاجتماعي. كما يجب التأكد من أن

الأعراض ليست ناتجة عن اضطرابات أخرى مثل القلق أو الاكتئاب أو الفصام أو غيرها. (نيسان، 200

9، ص 120/125).

ويتميز الاضطراب بثلاثة محاور رئيسية:

أولاً: تشتت الانتباه، ويظهر في عدة سلوكيات مثل عدم الانتباه للتفاصيل، صعوبة الحفاظ على التركيز

أثناء الأنشطة، عدم الاستماع عند التحدث إليه، عدم اتباع التعليمات، صعوبة تنظيم المهام، تجنب

الأعمال التي تحتاج جهداً عقلياً، فقدان الأدوات المدرسية، سهولة التشتت، وكثرة النسيان.

ثانياً: فرط النشاط الحركي، ويُقصد به زيادة غير طبيعية في النشاط الحركي لا تتناسب مع عمر الطفل،

ويظهر في التملل المستمر، مغادرة المقعد في أوقات غير مناسبة، الجري والقفز بشكل مفرط، صعوبة

اللعب بهدوء، الشعور الدائم بالحركة وكأنه "مدفوع بمحرك"، إضافة إلى كثرة الكلام.

ثالثاً: الاندفاعية، وهي التصرف بسرعة دون تفكير أو تخطيط، وتشمل الإجابة قبل إكمال السؤال، صعوبة انتظار الدور، التدخل في كلام الآخرين، التحدث دون إذن، سرعة فقدان الأعصاب، وضعف ضبط السلوك. وتُعد هذه السمة عكس التروي وضبط النفس، حيث يتصرف الطفل وفق أول فكرة تخطر له دون تقييم العواقب. (يوسف، 2000، ص 224)

8. التشخيص الفارقي لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه :

تتداخل أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه مع أعراض العديد من الاضطرابات السلوكية الأخرى، لذلك يعتمد الأخصائي عند التشخيص على ما يُعرف بالتشخيص الفارقي، والذي يهدف إلى التمييز بين هذا الاضطراب وغيره من الحالات المشابهة. وبناءً على ذلك، فإن ظهور أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه لا يعني بالضرورة وجود هذا الاضطراب، إذ توجد اضطرابات أخرى قد تنتج سلوكيات قريبة جداً من هذه الأعراض.

كما أن عملية التمييز تكون أكثر صعوبة في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث قد تختلط هذه الأعراض بالسلوك الطبيعي للأطفال، مثل النشاط الزائد والحركة المستمرة كالجري واللعب. لذلك، يجب الحذر عند تفسير هذه السلوكيات في هذه المرحلة العمرية.

ومن جهة أخرى، توجد عدة اضطرابات قد تتشابه أعراضها مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه،

مما يستدعي الانتباه أثناء عملية التشخيص و من هذه هذه الإضطرابات نذكر : (بن مصطفى، عبد

الكريم، 2016، ص 39)

➤ اضطراب العناد والتمرد: قد يتزامن اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه مع

اضطراب العناد والتمرد إلى حد يجعل البعض يعتقد أنهما مرتبطان بشكل وثيق أو

متداخلان. وغالبًا ما يلاحظ الوالدان والمعلمون تشابهًا في تقييم الأعراض بين الحالتين. لكن السمة الأساسية لاضطراب العناد والتمرد تتمثل في نمط مستمر من السلوك العدواني والتحدي وعدم الامتثال.

➤ **اضطراب السلوك المنحرف**: يُقصد به السلوك الذي يتجاوز حدود القواعد الاجتماعية وينتهك

الحقوق الأساسية للآخرين، كما أنه لا يتوافق مع المعايير السلوكية المناسبة لعمر الفرد.

ويتفق الباحثون بشكل عام على أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يبدأ في مرحلة مبكرة من النمو العصبي والمعرفي. في المقابل، فإن اضطراب العناد والتمرد واضطراب السلوك المنحرف غالبًا ما يرتبطان بعوامل متعددة مثل العوامل المزاجية، والمشكلات الأسرية، والضغط الاجتماعي.

كما أن وجود اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مع ضغوط نفسية واجتماعية يزيد من احتمالية ظهور مشكلات إضافية، مثل اضطراب العناد والتمرد أو السلوك المنحرف، حيث يمكن أن تترافق هذه الاضطرابات معًا لدى نفس الطفل.

➤ **اضطراب المزاج لدى الطفل**: يتميز بعدم الاهتمام العاطفي، العدوانية، الإثارة الحركية،

وفرط الحركة.

وبالتالي، فإن التشخيص يكون صعبًا ومترايبًا بشكل كبير مع اضطراب فرط النشاط الحركي.

9. الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه

➤ **صعوبات التعلم**: "يعاني الأطفال المصابون باضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه

من صعوبات في القراءة والحفظ، وذلك بسبب معاناتهم من اضطرابات في اللغة. كما يواجهون

صعوبة في الحديث، وعدم ترتيب الأفكار، فضلًا عن عدم قدرتهم على التعبير عن أنفسهم

بشكل صحيح. يعانون أيضاً من كثرة الشرود الذهني، مما يساهم في تكوين تصور سلبي عن أنفسهم. نتيجة لذلك، يواجهون صعوبات أكاديمية، مثل كثرة الأخطاء اللغوية أثناء الكتابة وعدم قدرتهم على متابعة المعلومات، ما يقلل من حماسهم ودافعيتهم للدراسة، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى تحصيلهم الدراسي"

➤ **اضطرابات النوم** : "يعاني الأطفال المصابون باضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه من اضطرابات في النوم، مما يجعلهم يشعرون بالتعب المستمر. يرجع ذلك إلى تأثير هذا التعب على قدرتهم على الانتباه . في دراسة أجراها" بال(1997) "، تم التعرف على أن هؤلاء الأطفال يعانون من كثرة الحركة والنقلب أثناء نومهم، حتى تم تشبيه سريرهم بجلبة مصارعة. كما أشار إلى أن هؤلاء الأطفال يكونون قلقين أثناء نومهم ويستيقظون بشكل متكرر، مما يساهم في شعورهم الدائم بالإرهاق ."

➤ **الاضطرابات الانفعالية** : "يتسبب اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه للأطفال المصابين به في تأخر النضج الانفعالي مقارنة بعمرهم الزمني والعقلي. يتميز هؤلاء الأطفال بالتهور، وسرعة الغضب، والميل إلى لوم الآخرين، ونقلب المزاج، وصعوبة التكيف مع الظروف الجديدة، بالإضافة إلى صعوبة التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم الداخلية. كما يظهرون اضطرابات انفعالية أخرى مثل القلق والاكتئاب المزمن. سلوكياتهم غير المقبولة، مثل فرط الحركة والاندفاعية، تؤدي إلى رفضهم اجتماعياً من قبل أقرانهم، مما يعرضهم للعزلة والشعور بالوحدة النفسية ."

➤ **عدم القدرة على التوافق الاجتماعي** : "الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه يكون غالباً مندفعاً، عدوانياً، وعنيداً، ويفرض اتباع القواعد التي تنظم التعامل مع الآخرين أو المتبعة في الأنشطة المختلفة. سلوكه يتسم بالتدخل في أنشطة الآخرين

وأحاديثهم، كما يقوم بسلوكيات غير مرغوبة تؤذي الآخرين دون مراعاة لمشاعرهم. نتيجة لذلك، يشعر المحيطون به بالاستياء، سواء في المنزل أو في المدرسة أو في أماكن أخرى. وهذا يؤدي إلى تدهور توافق الطفل الاجتماعي بسبب رفض المحيطين به نتيجة لسلوكياته" (بن عامر، 2025 ص 52 / 53).

❖ استنتاج:

نستنتج من خلال هذا أن اضطراب فرط النشاط الحركي وتششت الانتباه لا يمس تأثيره صعوبات الانتباه والحركة فقط، بل يشمل جوانب متعددة من حياة الطفل، مثل التحصيل الدراسي، والنوم، والانفعالات، والتوافق الاجتماعي. فهذه الاضطرابات تؤدي إلى ضعف الأداء الأكاديمي، واضطراب في النوم يزيد من الإرهاق وضعف التركيز، إضافة إلى مشكلات انفعالية مثل القلق وسرعة الغضب وعدم الاستقرار العاطفي. كما ينعكس ذلك سلباً على علاقاته الاجتماعية بسبب الاندفاعية والعدوانية وعدم الالتزام بالقواعد، مما قد يؤدي إلى رفضه من قبل الآخرين وشعوره بالعزلة. وبالتالي، فإن هذا الاضطراب يؤثر بشكل شامل على مختلف جوانب نمو الطفل ويستدعي تدخلاً مبكراً ودقيقاً للتخفيف من آثاره.

10. اثار اضطراب فرط النشاط الحركي وتششت الانتباه :

يُعد اضطراب فرط النشاط الحركي وتششت الانتباه من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً، ويؤدي إلى ضعف في القدرة على ضبط النفس. وتظهر أعراضه في مجموعة من السلوكيات مثل تقلب المزاج، تششت الانتباه، وفرط الحركة، مما ينعكس سلباً على النمو النفسي والجسدي والاجتماعي للطفل.

ومن أبرز الآثار الناتجة عن هذا الاضطراب انخفاض مستوى الثقة بالنفس، وضعف العلاقات الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها، إضافة إلى تدني التحصيل الدراسي، وهو ما قد يؤثر على مستقبل الطفل ويعرضه لمجموعة من المشكلات المختلفة.

العلاقة مع الوالدين والأسرة : فإن الأسرة تُعد البيئة الأولى التي يمر بها الطفل قبل أي مؤسسة اجتماعية أخرى، حيث تلعب دورًا أساسيًا في تربيته من النواحي الصحية والعاطفية والفكرية والاجتماعية. ولا يقتصر تأثير الأسرة على مرحلة الطفولة المبكرة فقط، بل يستمر طوال مراحل نمو الطفل. كما أن البيئة المنزلية وما تتضمنه من ظروف أخلاقية وثقافية تؤثر بشكل كبير في طريقة تكيف الطفل مع مختلف مواقف الحياة وظروفها. (الزيادي، 2001، ص 163) .

التحصيل الدراسي : الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وتششت الانتباه يحتاجون إلى استراتيجيات خاصة تساعدهم على اكتساب المفاهيم المقدمة لهم. وعلى الرغم من أن الوظائف العقلية تلعب دورًا في اكتساب المعرفة، فإن الاستراتيجية الأكثر فاعلية هي تلك التي تحتوي على محفزات حسية وتراعي الفروق الفردية بين الطلاب في قدرتهم على التعلم (عرفات، 2000، ص 165) .

يعد هذا الاضطراب من العوائق الرئيسية التي تؤثر على عملية إكتساب المعلومات، حيث يعاني الطفل المصاب من صعوبة في التركيز والانتباه وفهم المعلومات المقدمة له. فهو غالبًا ما يكون مشتتًا، متهورًا، وغير قادر على متابعة تحصيله الدراسي.

العلاقة مع المدرسين : تعتبر المدرسة المؤسسة الثانية الهامة بعد الأسرة في تأثيرها على الطفل ورعايته. و لا تقتصر وظيفة لمدرسة على تعليم الطفل فقط، بل تمتد لتشمل تربيته وتكوين شخصيته من كافة الجوانب. بالنسبة لأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي وتششت الانتباه، يؤثر هذا

الاضطراب سلبيًا على سلوكهم داخل الفصل الدراسي، مما يسبب تعبًا للمعلمين ويؤدي إلى مشاكل مع هؤلاء التلاميذ ومع من يتعاملون معهم، بسبب عدم قدرتهم على التواصل والتفاعل الإيجابي مع زملائهم وكثرة مشاكلهم لهم، إضافة إلى عدم تعاونهم معهم. (حسين، 2012، ص 250).

عندما يجهل المعلمون هذا الاضطراب، غالبًا ما يصفون التلميذ الذي يعاني منه بأنه مشاغب وكسول، لأنه يعيق جو الفصل والمناخ المدرسي، مما يؤدي إلى كثرة الانتقادات والمعاملة القاسية له، وبالتالي تتأثر العلاقة بين المعلم والتلميذ ويتراجع مستواه الدراسي. في المقابل، فإن معرفة المعلم بهذا الاضطراب تساعده في دعم التلميذ ومساعدته على اكتساب المهارات التي تتيح له التكيف مع صعوبات التعلم. (مزي، بن عامر، 2024 ص54)

إستنتاج:

إن اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه يؤثر بشكل عام على حياة الطفل من مختلف الجوانب، سواء النفسية أو الاجتماعية أو الدراسية. فهو يضعف قدرته على التركيز وضبط سلوكه، مما يؤدي إلى انخفاض ثقته بنفسه وصعوبة في تكوين علاقات اجتماعية سليمة، إضافة إلى تراجع تحصيله الدراسي.

حيث أن دور الأسرة والمدرسة يعتبر أساسيًا في التعامل مع هذا الاضطراب، و إن الدعم الأسري والتفهم التربوي، بالإضافة إلى وعي المعلمين ، يساهم بشكل كبير في تحسين سلوك الطفل وتخفيف صعوباته، مما يرفع فرص تكيفه وتقدمه بشكل أفضل في حياته الدراسية والاجتماعية.

11. مآل اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه:

يتم اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه بتتبع في تأثيره، حيث قد تستمر أعراضه إلى مرحلة المراهقة أو حتى الرشد. ومع مرور الوقت، قد تتغير طبيعة هذه الأعراض، إذ يمكن أن يخف فرط الحركة أو يختفي تدريجيًا، في حين يستمر كل من تشتت الانتباه والاندفاعية لدى بعض الأفراد. وغالبًا ما تتحسن أعراض النشاط الحركي الزائد في وقت مبكر، بينما يبقى تشتت الانتباه أكثر استمرارية، مما قد يزيد من احتمالية تعرض الفرد للحوادث والإصابات.

وتتأثر مسيرة هذا الاضطراب بعدة عوامل، منها وجود تاريخ عائلي للإصابة، والظروف الأسرية والبيئية والحياتية، بالإضافة إلى وجود اضطرابات مصاحبة مثل القلق والاكتئاب أو بعض السلوكيات غير السوية، والتي قد تؤدي إلى تأخير التحسن.

وعادةً لا يحدث تحسن كامل قبل سن 12 سنة، بينما قد يتحسن بعض الأفراد بشكل ملحوظ بين سن 12 و20 سنة. وفي حال حدوث شفاء كامل، تكون آثار الاضطراب محدودة، ويستمر الفرد في حياته وشخصيته وإنجازاته بشكل طبيعي أو قريب من الطبيعي. أما في الحالات التي لا يحدث فيها شفاء تام، فقد يظل الشخص عرضة لاضطرابات أخرى مثل السلوك المعادي للمجتمع، وتعاطي المخدرات، واضطرابات القلق والمزاج. كما أن صعوبات التعلم قد تستمر مدى الحياة إذا لم يتم التعامل مع الحالة بشكل فعال. (سيسالم، 2001)

❖ إستنتاج:

إن اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه يتميز بمسار تطوري غير ثابت، حيث تختلف شدته وتأثيره من شخص لآخر حسب عدة عوامل وراثية وبيئية ونفسية. ورغم أن بعض الأعراض قد تتحسن مع التقدم في العمر، إلا أن أعراضًا أخرى قد تستمر وتؤثر على حياة الفرد، مما قد يؤدي إلى مشكلات نفسية وسلوكية وتعليمية لاحقة إذا لم يتم التدخل المبكر والعلاج المناسب.

ثالثا : الإعاقة السمعية

1. تعريف الإعاقة:

لغة: من مصدر أعاق القيادي بما يؤدي إلى الإحباط و التثبيط و العرقلة ، أي أنه ضرر يصيب أحد الأشخاص مما ينتج إعتلال بأحد الاعضاء أو عجز كلي أو جزئي .

اصطلاحا: "هو مصطلح يغطي العجز و القيود على النشاط و مقيدات المشاركة كما يمكن كذلك القول بأنه حالة تحد الفرد بوظيفة واحدة أو اكثر . " (بولدراس، ص248)

2. تعريف الإعاقة السمعية :

تعرفها إيمان محمد: "بأنها أحد الإعاقات الحسية والتي تحدث بسبب إصابة أي جزء في الجهاز السمعي والذي يؤثر بدوره على الفرد وقد يترتب عليها فقدان القدرة على الكلام مما يؤثر على الأداء التعليمي أو المهني وتفاعله مع المثيرات البيئية والاجتماعية". (مسعد، 2022، ص 811)

يعرف كل من يسليديك و الجوزين 1995: "بأنها قصور في السمع بصفة دائمة أو غير مستقرة ، إذ تؤثر بشكل سلبي على الأداء التعليمي للفرد". (الجوالدة ، 2012، ص31/ 30)

و يعرف المعجم الطبي الإعاقة السمعية : "بأنها إنخفاض أو إنعدام السمع و هو إعاقة شائعة راجعة إلى إصابة أحد أعضاء الجهاز السمعي". (زعرور، بن صغير، ص90)

و تعرف كذلك بأنها قصور في حاسة السمع إذ يؤدي هذا القصور الى فقدان سمعي أو خلل يحول دون الإستفادة من حاسة السمع مما يتعذر عليه الإستجابة بطريقة تدل على فهم الكلام المسموع سواء كان هذا الفقد كلياً أو جزئياً. (خالد، 2019، ص17)

و عرفها الخطيب: " يرى أن الإعاقة السمعية تعني إنحرافاً في السمع يحد القدرة على التواصل السمعي اللفظي، ويضيف أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل: العمر عند فقدان السمع ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع، وفاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة والعوامل الأسرية. (النوبي، 2009، ص 27)

بالإضافة الى تعريف عبد العزيز الشخص: " الشخص المعوق سمعياً هو من حرم حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام إلى درجة تجعله حتى مع إستعمال المعينات السمعية غير قادر على سماع الكلام المنطوق ومضطراً إلى استخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من لغة التواصل. "(زعيتر و آخرون، 2020، ص 11)

إنّ: الإعاقة السمعية هي حالة تتمثل في وجود فقدان كلي أو جزئي في القدرة على السمع، مما ينعكس على إستطاعة الفرد في تلقي الأصوات وفهمها، وبالتالي يؤثر على تطور اللغة والتواصل والتفاعل الاجتماعي. كما يمكن أن تكون هذه الإعاقة بسيطة أو متوسطة أو شديدة، بالإضافة إلى أنه يمكن أن تحدث منذ الولادة أو تُكتسب لاحقاً بسبب عوامل مختلفة مثل الأمراض أو الإصابات.

وبشكل عام، تؤثر الإعاقة السمعية على قدرة الفرد على التعلم والتواصل مع الآخرين، مما يفرض عليه إستعمال أدوات وأساليب خاصة مثل لغة الإشارة أو المعينات السمعية لدعم عملية التواصل والتكيف مع البيئة المحيطة.

3. تعريف الطفل الأصم:

هو الطفل الذي أصيب جهازه السمعي بتلف، أو وُلد فاقداً لحاسة السمع، أو الذي فقد قدرته السمعية قبل اكتساب مهارة الكلام، أو في المراحل الأولى من تعلمه للكلام. (الزريقات، 2003، ص56)

وعليه لا يتمكن الطفل الأصم من الإعتماد على حاسة السمع لتعلم اللغة أو الإستفادة من برامج التعليم المختلفة بالتالي فهو بحاجة إلى وسائل خاصة تعوضه على حاسة السمع. (الصفدي، 2013، ص26)

و يعرف بأنه : هو الطفل الغير قادر على اكتساب اللغة الطبيعية، و هو الذي لا يتخلى عن اللغة اليدوية، و الذي ينمو لديه تلقائيا نظام الإيماءات في التواصل.

و كذلك يقصد به ذلك الفرد الذي يعاني من عجز سمعي(80) ديسبل فأكثر و لا يمكنه من الناحية الوظيفية من مباشرة الكلام، و فهم اللغة اللفظية، حيث يعجز في التعامل بفاعلية أثناء مواقف الحياة الاجتماعية . (دحدوح ،بوضرسة،2021، ص189)

4. ضعف السمع:

هو شخص يعاني من ضعف شديد في السمع، لكنه يستجيب للأصوات المرتفعة عندما تكون قريبة وفي حدود قدرته السمعية، حيث أن العلاج أو تصحيح السمع لا يفيد معه. (ابراهيم، 2014، ص 170)

و هم أولئك الأطفال الذين تكون قد تشكلت لديهم مهارة الكلام و التمكن من فهم اللغة بدرجة ما، ثم نمت لديهم بعد ذلك الإعاقة في السمع، أو قبل ذلك، فمثل هؤلاء الأطفال يكونون على وعي بالأصوات، و لديهم إتصال عادي أو قريب من العادي بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه. (فتحي ،2000، ص 38).

– تعريف الاصم :

مصطلح الاصم Deaf: هو الشخص الذي يتم تطور مهارات التواصل لديه بشكل رئيسي من خلال المجال المرئي، إما بلغة الإشارة أو قراءة الشفاه، حيث تكون طريقة التواصل لديه قائمة على ما هو مرئي .

يعرف **سميث 2001** الشخص الأصم بأنه الشخص الغير قادر على إدراك الأصوات في البيئة المحيطة بطريقة مفيدة باستعمال السماع الطبية أو بدون استعمالها، كما أنه غير قادر على استعمال حاسة السمع كطريقة أولية أساسية لإكتساب المعلومات" .

أما مورز 1996 "فيعرف الشخص الأصم بأنه الشخص الذي مقدار فقدان السمع لديه 70 ديسبل أو أكثر و يعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها و باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية" (الزريقات، 2003، ص 56).

5. تصنيف الإعاقة السمعية:

إن آثار الإعاقة السمعية على الأطفال أو الأفراد ليست متشابهة، فهم ليسوا فئة واحدة متجانسة تمتلك نفس الخصائص والقدرات، بل توجد بينهم فروق فردية كبيرة ومتنوعة وعميقة. لذلك فإن وضع ذوي الإعاقة السمعية في إطار واحد واعتبارهم فئة واحدة يُعد خطأ تربويا ، لأن استخدام أسلوب موحد في التعامل معهم قد يؤدي إلى نتائج سلبية واضحة.

ومن خلال عرض تصنيفات الإعاقة السمعية يمكن توضيح هذه الفروق الفردية، إذ يهدف تصنيفهم إلى تقسيمهم مجموعات متقاربة نسبيا لتحديد احتياجات كل فئة على حدة، وتوفير الخدمات التربوية والتعليمية والتأهيلية المناسبة، بما يحيد من الآثار التربوية السلبية الناتجة عن معاملتهم كفئة واحدة.

حيث يعد تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة فقدان السمع من أكثر التصنيفات شيوعا واستخداما ، ويمكن توضيحه كما يلي : (فتحي ، 2000، ص 33) .

➤ **التصنيف الطبي** : تصنف الإعاقة السمعية طبيا أو فيزيولوجيا إلى درجة فقدان السمع على

النحو التالي:

الإعاقة الضعيفة : تتراوح درجة السمع بين 27_ 40 ديسبل.

الإعاقة البسيطة : تتراوح درجة السمع بين 41_ 55 ديسبل .

الإعاقة المتوسطة : تتراوح درجة السمع بين 56_ 70 ديسبل .

الإعاقة الشديدة : تتراوح درجة السمع بين 71 _ 90 ديسبل .

الإعاقة الضعف (الحادة) : أكثر من 90 ديسبل .

➤ **التصنيف التربوي:** يصنف الإعاقة السمعية إلى:

صم قبل تعلم اللغة: و يحدث هذا منذ الولادة او قبل تطور اللغة عند الطفل .

صم بعد اللغة: و يحدث للطفل بعد تعلم اللغة و الكلام .

➤ **التصنيف حسب موقع الإصابة :**

فقدان السمع التوصيلي : إن أطفال هذه الفئة يعانون من مشكلة في توصيل الصوت من الأذن

الخارجية، و الوسطى الى الأذن الداخلية .

فقدان السمع الحسي العصبي: أطفال هذه الفئة يعانون من خلل في الأذن الداخلية، أو العصب

السمعي الذي ينقل النبضات إلى الدماغ .

فقدان السمع المختلط: هو فقدان سمعي توصيلي وحس عصبي، و تظهر الخريطة السمعية عتبات

توصيل عظمي شاذة و قريبة إلى مستويات السمع الطبيعية أكثر من عتبات التوصيل الهوائي. (حافي،

بن قطاف،2021 ص120)

فقدان السمع المركزي

فقدان السمع الهشيري (خالد، 2019، ص19)

6. **تركيب الأذن:**

إن الأذن هي الجهاز المسؤول عن السمع لدى الإنسان، إذ تمكنه من إدراك مختلف الأصوات المحيطة

به، سواء كانت أحاديث أو إشارات سمعية متنوعة. ومن خلال إستماع الفرد لهذه الأصوات ومحاكاتها،

يكتسب اللغة تدريجياً، مما يساعده على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم. وفي المقابل، فإن أي خلل في الجهاز السمعي يعيق قدرة الفرد على سماع ما يدور حوله، الأمر الذي يؤثر سلباً على نمو اللغة لديه وتطورها. وتتكون الأذن، كما يشير كوبل (2003)، من ثلاثة أجزاء رئيسية: الأذن الخارجية، الأذن الوسطى، والأذن الداخلية.

1الأذن الخارجية : outer ear

توجد الأذن الخارجية على جانبي الرأس على شكل بوق، وهي متصلة بالأذن الوسطى والداخلية عبر قناة الأذن. وتتكون من عدة أجزاء، أهمها: الصيوان (pinna) وهو الجزء الغضروفي الخارجي، والقناة السمعية الخارجية (ear canal)، إضافة إلى الجزء الخارجي من طبلة الأذن (ear drum). ويعمل الصيوان على إستقبال الأصوات وتجميعها وتركيزها، ثم تنتقل هذه الأصوات عبر قناة الأذن حتى تصل إلى طبلة الأذن. وعند وصول الصوت، تؤدي التغيرات في ضغط الهواء إلى اهتزاز الطبلة، مما يحول الصوت إلى طاقة ميكانيكية . (عادل ، 2010 ، ص175).

وتشمل الأذن الخارجية الأجزاء التالية:

أ/ الصيوان : pinna

يتكوّن هذا الجزء من غضروف يحتوي على كمية قليلة نسبياً من الدم، ويُعرف بالصيوان الذي يقع على جانبي الرأس ويشبه شكل البوق. ويساعد الصيوان على تحديد مصدر الصوت، سواء كان قادماً من الأمام أو الخلف أو من أي إتجاه آخر، كما يعمل على جمع الأصوات وتركيزها. وتعتمد قدرتنا على تحديد إتجاه الصوت على شدته ونغمته.

ب/الجزء الغضروفي لقناة الأذن الخارجية:

و يشمل هذا الجزء غددا شمعية و ذهنية تعمل على إفراز شمع الأذن أو الصملاخ و يبلغ طول هذه القناة لدى الشخص البالغ حوالي بوصة واحدة و هو ما يسمح بتردد اهتزازات الصوت حيث يعادل حوالي 3400 هيرتز تقريبا .

ج/الجزء العظمي لقناة الأذن الخارجية:

ويحاط هذا الجزء العظمي بعظم الخشاء mastoid bone و هو عظم ناتئ خلف الأذن يشغل الثلث الداخلي منها و يعد رقيقا جدا. و قد ينمو هذا العظم بشكل يزيد عن اللازم أو عن الوضع الطبيعي و يعرف آنذاك باسم العرن exostoses أي نامية عظيمة فوق عظم و ذلك كاستجابة للتعرض المستمر للمياه الباردة.

د/طبلة الأذن : ear drum

و هي عبارة عن غشاء رقيق مشدود، و تتألف من ثلاث طبقات ترتبط الطبقة الخارجية منها بقناة الأذن الخارجية. و يكون الجزء الأعلى منها رخوا في حين يكون الجزء السفلي مشدودا، و يعمل الجزء الأوسط في ذلك الجزء المشدود منها كمنطقة اهتزاز نشطة إستجابة للصوت. أما الجزء العلوي الرخو فينمو بشكل مستمر مما يسمح لها أن تلتحم أو تلتئم ثانية إذا ما حدث بها ثقب أو ما شابه ذلك مما يسهم في علاجها كما أنه يعمل كذلك كقناة أو أنبوب للتهوية.

ه/الخلايا الهوائية بعظم الخشاء : mastoid air cells

وتوجد هذه الخلايا بالمنطقة العظمية الموجودة خلف الأذن و المعروفة بعظم الخشاء، و تمتلئ هذه الخلايا بالهواء في الظروف العادية، أما عندما تلتهب أو تصاب بعدوى فإنها تمتلئ بدلا من ذلك بسائل أو بالقيح أو الصديد.

2الأذن الوسطى: middle ear

تعمل الأذن الوسطى كمحول مساوي للمقاومة الداخلية للتردد يجانس أو يعادل مقاومة الهواء في قناة الأذن و مقاومة الخلايا اللمفاوية في الأذن الداخلية، و تتألف الأذن الوسطى من عدد من الأجزاء على النحو التالي:

أ/ العظم المطرقي (المطرقة): (malleus(hammer)

و يعد أحد العظيماات الثلاث الصغيرة ossicles التي تضمها الأذن الوسطى، و تتصل بالطبقة الداخلية للطنبة. و عندما يهتز الجزء العلوي المترهل من الطنبة كاستجابة للصوت تهتز المطرقة على أثر ذلك.

ب/ عظم السندان (السندان) (incus (anvil)

يرتبط السندان بالمطرقة، و يهتز مع إهتزازها من جزء إهتزاز الجزء العلوي المترهل من الطنبة كما أنه إلى جانب ذلك يرتبط بأعلى العظم الركابي stapes.

ج/ قناة استاكيوس: eustachian tube

من الجدير بالذكر أن قناة استاكيوس تربط الأذن الوسطى بالأنف و البلعوم، و تفتح عند البلع أو الكحة حتى يتعادل الضغط بالأذن الداخلية مع ذلك الضغط الموجود بالحلق، أما إذا وجدت صعوبة في فتحها كما هو الحال بالنسبة لبعض الأطفال نتيجة لقصرها ووضعها الأفقي الذي يغير ماهي عليه بالنسبة للبالغين يصبح من الأكثر احتمالات في مثل هذه الأثناء أن يتكون سائل في الأذن الوسطى، كما أن هذا الوضع من جانب آخر يمنع السوائل بالأذن الوسطى من التحرك و هو الأمر الذي يسبب التهاب الأذن الوسطى و يسمح للعدوى بالانتشار. (عادل،2010، ص177).

3الأذن الداخلية: inner ear

و يحدث فيها آخر تحول للطاقة حيث تتحول الطاقة الميكانيكية إلى موجات صوتية و ذلك عند الغشاء القاعدي و من ثم تحويلها عبر العصب السمعي إلى المخ حتى تصل إلى القشرة المخية و يتم ترجمتها و

تفسيرها و الاستجابة لها. و تلعب الأذن الداخلية دورا حيويا في الحفاظ على التوازن أو التوجه الحركي. و من أهم الأجزاء التي تضمها الأذن الداخلية مايلي:

أ/ قوقعة الأذن: (القوقعة) cochlea

هي جزء من الأذن الداخلية على شكل قوقعة، و تمثل عضو الحس بالنسبة للسمع. و يتحول اهتزاز العظم الركابي إلى نمط ، من الموجات إلى الأهداب cilia الموجودة في الخلايا الشعرية hair cells الداخلية و الخارجية فتتحول بالتالي إلى نبضات عصبية يفسرها المخ على أنها أصوات.

ب/ التيه أو التيه الدهليزي: vestibular labyrinth

و يتكون من كيس صغير و حويصلة الأذن الداخلية و الأعضاء الحسية المسؤولة عن التوازن. كما توجد بها قنوات صغيرة و دقيقة، أفقيه و أمامية، و خلفية، و شبه دائرية ترسل إشارات للمخ عن حركتنا الدائرية.

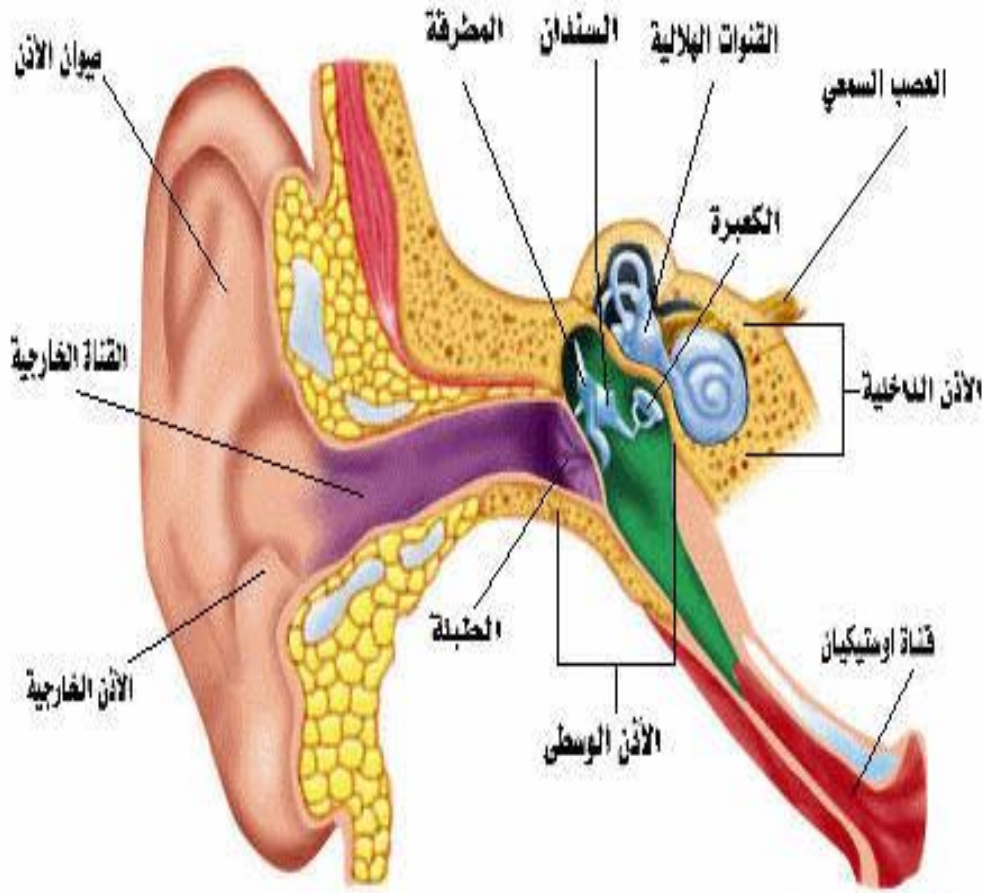
ج/ العصب الثامن: VIII nerve

و يعرف بالعصب السمعي، و يعمل على نقل المعلومات من القوقعة و التيه إلى المخ. كما أنه يعمل في الأساس كخط تحويل من أعضاء الحس إلى مركز السمع بالمخ.

د/ العصب الوجهي facial nerve

ويعرف بالعصب السابع و يسير موازيا للعصب الثامن على امتداد القناة السمعية الداخلية ويعمل على التنبيه العصبي للوجه، و يساعده على الأداء الوظيفي الحسي و الحركي. (عادل، 2020، ص 178).

✧ الصورة التالية توضح تشريح الأذن



(Werathah.com deafness anatomy . htm 10:34 / 13/04/2026)

الشكل رقم (04) : يمثل تركيب التشريحي للأذن.

7. أنواع فقدان السمع:

الأذن هي عضو استقبال الأصوات بالسمع، و هي مخصصة لنقل الموجات السمعية إلى أعلى جهاز حسي مركزي لتكسب الموجات الصوتية معناها و تفسيرها، و إن خلل يصيب الجهاز السمعي من شأنه أن يعيق قدرة الفرد على السمع، و الخلل الناتج عن إصابة الجهاز السمعي يتخذ أشكالاً مختلفة و

هي:

أولاً: فقدان السمع التوصيلي:

تقوم أعضاء الأذن الخارجية و الوسطى بتوصيل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، و إن إصابة أحد أعضاء الأذن الخارجية و الوسطى كالصيوان، أو غشاء الطلبة، أو إحدى العظيماث الثلاث (المطرقة أو السندان أو الركاب) يمنع أو يقلل من نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية التي تنقلها إلى المخ لتفسير معناها، و عادة يكون الفقد السمعي متوسطا لا يتعدى (db60) و يتميز حالات الضعف السمعي التوصيلي أن أفرادها يستطيعون تمييز الأصوات العالية نسبيا، و يميلون إلى التحدث بصوت منخفض.

ثانيا: فقدان السمع الحسي -عصبي:

إن فقدان السمعي الحسي-عصبي هو نتيجة وجود إصابة في الأذن الداخلية أو في العصب السمعي، فرغم وصول الموجات الصوتية من الأذن الخارجية و الوسطى بشكل طبيعي لوجود خلل في الوقعة التي تترجم الموجات الصوتية إلى نبضات عصبية سمعية، أو لوجود خلل في العصب السمعي، بالتالي لا تصل هذه النبضات إلى المخ بشكل تام، و عادة يكون الفقد السمعي في حالة إصابة الأذن الداخلية أو العصب السمعي أكثر من (db70) و تصل الحالة إلى درجة الصمم، و يميز حالات فقدان الحسي -عصبي أن أفرادها يتحدثون بصوت عال ليسمعوا أنفسهم، كما يجب أن يتحدث الآخرون بصوت عال، فالصوت الذي يأتي إليهم يكون مشوشا وقد لا يصل إليهم تماما في حالات شدة الإصابة. (فتحي، 2000، ص 32).

ثالثا: فقدان السمع المركب (المختلط):

و يكون الصمم مركب إذا أصيب كلا الجهازين الأذن الخارجية أو الوسطى و الأذن الداخلية أي أنه يصيب وظيفة الإرسال و وظيفة الإدراك و الإستقبال و هذا النوع من الصمم يمكن أن يكون أحاديا أي يصيب أذن واحدة أو ثنائيا أين تكون الإصابة في كلتا الأذنين. (زعرور، بن صغير، ص،98)

8. أسباب الإعاقة السمعية:

تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب الأولى: مجموعة الأسباب التي تعود لعوامل وراثية جينية و الثانية: مجموعة الخاصة بالعوامل البيئية.

1- الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية) :

و أهم هذه الأسباب إختلاف العامل الريزيبي بين الأم والجنين، و يحدث عندما يكون دم الجنين خال من العامل الريزيبي ويكون لدى الأب هذا العامل، فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الريزيبي عن الأب مما يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى دم أمه خاصة أثناء الولادة ، مما يجعل دم الأم ينتج أجساما مضادة لأن دم الجنين مختلف عن دمها، و هذه الأجسام المضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة. و نتيجة لهذا كله فإنه تحدث مضاعفات متعددة منها إصابة الطفل بالإعاقة السمعية.

2- الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية:

- و التي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل مرحلة الولادة، و أثناءها، وبعدها، و أهم هذه الأسباب:
- الحصبة الألمانية: التي تصاب بها الأم الحامل: و هي مرض فيروسي معد يصيب الأم الحامل.
- التهاب الأذن الوسطى: وهو التهاب فيروسي أو بكتيري يسبب هذا الالتهاب زيادة في إفراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى مما قد يعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة و لزوجه هذا السائل و يحدث ضعفا سمعيا.
- التهاب السحايا: و هو التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب السحايا و يؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل واضح في السمع.
- العيوب الخلقية في الأذن الوسطى : كتشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة و السندان و الركاب، و كذلك التشوهات الخلقية في القناة السمعية، أو تعرضها للالتهاب و الأورام.

- الإصابات و الحوادث : ومن أمثلتها ثقب الطبله نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جدا لفترات طويلة .
- إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة: مما قد يحدث نزيف في الأذن الوسطى ليسبب ضعف في السمع.
- تجمع المادة الصمغية الذي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن: و بالتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية، يحول دون وصول الصوت إلى الداخل.
- سوء تغذية الأم الحامل: وهذا يوجب اهتمام الأم أكثر بالتغذية في فترة الحمام.
- تعارض الأم الحامل للأشعة السينية: و خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.
- تعاطي الأم الحامل الأدوية و العقاقير: من دون مشورة الطبيب.
- نقص في الأكسجين أثناء عملية الولادة. (الجوالدة،2012،ص 38).

3_أسباب بعد الولادة:

تشمل الأمراض التي تصيب الطفل بعد الخمس سنوات الأولى مثل التهاب السحائي و الحمى القرمزية...الخ، إضافة الى أنسجة السمع و الحوادث و الصدمات التي يعرض لها الطفل بعد الولادة وسوء التغذية . (أبو زيد،2011، ص110).

9. الكشف عن الإعاقة السمعية:

إن الكشف عن فقدان السمع في الأشهر الأولى تكون صعبة جدا. و بالرغم من ذلك فإن التشخيص المبكر يساعد في معالجة الأمر في حالة وجود إمكانية لذلك وفق الأسباب التي أدت إلى الخلل ، و قد يمكن التعرف على السمع الطبيعي للطفل من خلال بعض المؤشرات على سبيل المثال يفترض أن يجفل الطفل عند سماعه الاصوات العالية المفاجئة في الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الطفل.

كما يفترض أن يدير رأسه باحثا عن مصدر الصوت خلال الثلاثة التالية من (3-6) أشهر، و يفترض كذلك أن يستجيب عند مناداته باسمه من عمر (6-10) أشهر.

و ينصح المختصون في هذا الجانب أن يجري الفحص عن فقدان السمع ما بين الشهر الثامن و الشهر العاشر من العمر و ذلك لأن الطفل العادي في هذا العمر يستجيب لمثيرات متنوعة تتعلق بالجانب السمعي عند سماعه صوتا معين من مكان ما، يحس بوقع أقدام، أو يسمع صوت لعبة، أو طفلا آخر حيث يلتفت إلى مصدر الصوت.

- بينما الطفل غير الإعتيادي سمعيا لا يستجيب للمثيرات الصوتية أيا كانت هذه المثيرات فضلا عن تأخره بنطق الكلمات. و توجد عدة إختبارات لقياس القدرة السمعية تبدأ بالبسيط التي يمكن أن يستخدمها أي إنسان إعتيادي و تنتهي بالأجهزة التي لا يمكن أن يستخدمها إلا المختص، فقد يستخدم الشوكة الرنانة، أو ملعقة صغيرة يدق بها قرح من الزجاج دقائق بطيئة، و ينظر إلى استجابة الوليد هل يوجه نظرة إلى مصدر الصوت لمعرفة قدرة الوليد السمعية بالإبتعاد و الإقتراب من الطفل، و هي طريقة يمكن لأي شخص إعتيادي إستخدامها. (قحطان،2008، ص 124).

كذلك يمكن للإنسان الإعتيادي كالأب أو الأم أن يستخدم إختبار الهمس المتمثلة بالهمس بإحدى أذني الطفل دون أن يرى شفتيك و تطلب منه الإعادة سواء كان ذلك بكلمات أو حروف أو أرقام ثم تكرر الحالة مع الأذن الثانية.

- و هناك طريقة أخرى هي أن نضع الطفل على مسافة معينة و احدى أذنيه متوجهة نحو الشخص المختبر، و تقفل الأذن الثانية بإحكام عن طريق قطعة من القطن او المطاط. يتكلم الفاحص الكلام العادي على بعد 20 قدم بصوت عادي و هي المسافة التي يسمع منها الفرد السامع، عندما لا يسمع نقترت منه قدما عندما لنستطيع ان نتعرف على درجة سمعه، فإذا سمع على بعد 12 قدم حصل على 20/12 و عندما يسمع على بعد 7 اقدم يحصل على 20/7 و هكذا...

- و من الطرق الحديثة التي يمكن أن تقيس القدرة السمعية بشكل دقيق و التي يمكن استخدامها مع الأطفال الذين يزيد أعمارهم عن ثلاث سنوات بجهاز الأوديومتر طريقة قياس القدرة السمعية للنگمات

الصالفة (النقية) لمعرفة عتبة السمع حيث يستخدم أخصائي قياس السمع نغمات بمستوى حدة صوت مختلفة، و تقاس شدة (حدة) السمع بالديسبل من صفر -110 و نقطة الصفر هي درجة يمكن أن تستثير المفحوص. اما التردد فيتراوح ما بين 125-8000 دورة في الثانية الواحدة.

- و من الطرق المستخدمة في كثير من مراكز الصم و ضعاف السمع التي زرتها تستخدم أما سماعة للتوصيل الهوائي لمعرفة أعضاء التوصيل في الأذن الخارجية و الوسطى، أو الفحص العظمي من خلال وضع قطعة على الرأس لمعرفة عمل الأذن الداخلية الحس عصبية. و يقوم الأخصائي بفحص كل أذن على حدة و هناك طريقة تسمى طريقة إدراك الكلام و التي يمكن ان يتعرف من خلالها أخصائي السمع على عتبة السمع، و هي الشدة التي يستطيع أن يستقبلها الطفل و يفهمها. و يتم ذلك من خلال أصوات كلامية مسجلة على أدوات تسجيل و بذبذبات و شدة متدرجة، و يطلب من المفحوص ان يعبر عن مدى سماعه هذه الأصوات و إعادتها .

-و من أشهر الاختبارات التي استخدمت مع ضعاف السمع لقياس القدرة على التمييز السمعي و هو اختبار رسمي مقنن مقياس wepman Auditory Discrimination test الذي يصلح لأعمار ما بين (5-8) سنوات و يتميز بسهولة تطبيقه و تصحيحه.

- يهدف هذا المقياس إلى قياس قدرة الفرد على التمييز السمعي الدقيق بين أربع مجموعات من المفردات المختلفة و المتشابهة، و الذي يتكون من:

1- (13)زوجا من المفردات تختلف كل واحدة عن الثانية في الحرف الأول

2- (13)زوجا من المفردات تختلف واحدة عن الحرف الأخير

3- (4)ازواج تختلف واحدة عن الثانية في الحرف الوسط

4- (10)ازواج من المفردات المتشابهة لغرض تمويه المفحوص.

يسجل الفاحص اشارة (+) إذا كانت الإجابة صحيحة أو إشارة (-) إذا كانت الإجابة خاطئة، و يسجل علامة إذا كانت الإشارة (+)، و صفر إذا كانت الإشارة (-) تتراوح الدرجة التي يمكن أن يحصل عليها المفحوص من صفر_30 علامة .

- اما الاختبار الثاني فهو مقياس جولدمان -فريستو- و دكوك للتمييز السمعي يهدف هذا المقياس إلى قياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجموعات من المفردات المتشابهة من حيث اللفظ، و يحتاج هذا المقياس إلى 20-25 دقيقة لتطبيقه، أما تصحيحه فيستغرق ما بين (10-15) دقيقة.

يتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة على شكل سلسلات، حيث تضم كل سلسلة أربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثل: Hight , Night,bite,write بالإضافة الى ذلك يضم المقياس كتيباً خاصاً مؤلف من مجموعة من الصور الموجودة في الكتيب مع المفردات التي يسمعها من الفاحص و التي تقدم له بشكل سلسلات.(قحطان، 2008، ص، 126/125).

10. خصائص المعوقين سمعياً:

1. الخصائص النفسية و السلوكية:

لا تؤثر الإعاقة السمعية بالطريقة نفسها على جميع الأفراد، إذ لا يعد الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية فئة متجانسة، بل يتميز كل فرد بخصائصه الخاصة. وتختلف آثار الإعاقة تبعاً لعدة عوامل، من أبرزها: نوع الإعاقة السمعية، وعمر حدوثها، ودرجة شدتها، وسرعة تطورها، إضافة إلى مقدار القدرة السمعية المتبقية وكيفية استثمارها. كما تلعب عوامل أخرى دوراً مهماً، مثل الحالة السمعية للوالدين، وسبب الإعاقة، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. وبوجه عام، من المتوقع أن تؤثر الإعاقة السمعية في مختلف جوانب النمو لدى الفرد . (الخطيب ، الحديدي، 2009، ص 144)

2. الخصائص اللغوية:

يعد النمو اللغوي من أكثر جوانب النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، إذ تؤثر هذه الإعاقة سلباً على مختلف أبعاده. فبدون تدريب منظم ومكثف، لا تتطور لدى الفرد ذي الإعاقة السمعية مظاهر النمو اللغوي بشكل طبيعي. وعلى الرغم من أن الأطفال ذوي السمع الطبيعي يكتسبون اللغة والكلام بصورة تلقائية دون تعليم مبرمج، فإن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية يحتاجون إلى تعليم هادف ومتكرر.

وفي حال غياب فرص التدريب المتخصص والفعال، قد يواجه الشخص المعوق سمعياً صعوبات كبيرة في إكتساب الكلام، ويرجع ذلك إلى غياب التغذية الراجعة السمعية أثناء إصدار الأصوات، إضافة إلى نقص التعزيز اللغوي من المحيطين به. وحتى عند إكتسابهم بعض المهارات اللغوية، غالباً ما تتسم لغتهم بمحدودية المفردات وقلة التنوع مقارنة بغيرهم، مع الميل إلى استخدام الألفاظ المرتبطة بالمحسوس. كما تكون تراكيبيهم اللغوية أبسط وأقصر وأقل تعقيداً، ويظهر كلامهم ببطء نسبي ونبرة غير مألوفة.

3. الخصائص المعرفية:

لا يبدو أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل مباشر على مستوى الذكاء، إذ تشير العديد من الدراسات إلى أن متوسط ذكاء الأفراد ذوي الإعاقة السمعية، كمجموعة، لا يختلف عن أقرانهم من ذوي السمع الطبيعي. كما أوضحت دراسات أخرى أن لديهم القدرة على التعلم والتفكير التجريدي، ما لم تكن الإعاقة السمعية مصحوبة بتلف دماغي.

ومع ذلك، لا يزال هناك جدل واضح حول تأثير الإعاقة السمعية في النمو المعرفي. فبعض الباحثين يرون أن النمو المعرفي لا يعتمد بالضرورة على اللغة، ولذلك يعتقدون أن الضعف يقتصر على المفاهيم المرتبطة باللغة فقط. كما يعتبر هؤلاء أن لغة الإشارة لغة حقيقية، وأن انخفاض درجات الأفراد ذوي الإعاقة السمعية في إختبارات الذكاء لا يدل بالضرورة على انخفاض مستوى ذكائهم، بل قد يعزى إلى نقص أساليب التعليم الفعالة وعدم توفير بيئة غنية بالمتغيرات اللغوية منذ الصغر.

في المقابل، يرى فريق آخر أن النمو المعرفي يرتبط ارتباطا وثيقا باللغة، وأن ضعف اللغة لدى الأفراد ذوي الإعاقة السمعية قد يؤدي بالضرورة إلى تأثر نموهم المعرفي.

ومن الجدير بالذكر أن إختبارات الذكاء تعتمد بدرجة كبيرة على المهارات اللغوية، لذلك فإن إستخدامها دون تكييف مناسب قد يؤدي إلى تصنيف خاطئ لهؤلاء الأفراد على أنهم أقل ذكاء. كما أن نظرة الآخرين إليهم على هذا الأساس قد تؤثر سلبا في أدائهم الفعلي. (الخطيب، الحديدي، 2009، ص145)

4. الخصائص الجسمية و الحركية:

لم يحظ النمو الجسمي و الحركي لدى الأطفال المعوقين سمعيا باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة على أي حال، الافتراض هو أن مشكلات التواصل التي يعانيها المعاقين سمعيا تضع حواجز و عوائق كبيرة أمامهم لإكتشاف البيئة و التفاعل معها. وإذا لم يزود المعاق سمعيا بإستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفترض قيودا على النمو الحركي .

إن فقدان السمع ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية، مما يؤثر سلبيا على وضعه في الفراغ و على حركات جسمه و لذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعيا تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما النمو الحركي لهؤلاء الأشخاص فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص غير المعوقين سمعيا كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض و ترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض، و أخيرا الأشخاص المعوقين سمعيا كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص العاديين فهم عموما يتحركون قليلا حيث انهم يخصصون معظم وقتهم مع الآخرين . (الخطيب، الحديدي، 2009، ص146)

5. الخصائص الاجتماعية -الانفعالية:

إن افتقار الشخص المعاق سمعياً إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين قد يقود إلى عدم النضج الاجتماعي و الإعتماضية و قد إستخدمت عدة دراسات مقاييس مختلفة للنضج الاجتماعي مثل مقاييس فانيلاوند و تبين أن أداء الأشخاص المعوقين سمعياً منخفض مقارنة بأداء الأشخاص العاديين من المعروف أيضاً الأشخاص المعوقين سمعياً يميلون للتفاعل مع أشخاص يعانون مما يعانون منه، و هم يفعلون ذلك أكثر من أية فئات الإعاقات المختلفة ربما بسبب حاجاتهم إلى التفاعل اجتماعياً و الشعور بالقبول من الأشخاص الآخرين فإذا لم يتمكنوا من التواصل مع الأشخاص العاديين، وذلك ما يحصل في كثير من الأوقات، فهم يتواصلون مع الآخرين المعوقين سمعياً.

(الخطيب،الحديدي،2009،ص148)

6. الخصائص النفسية و الانفعالية:

إن الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على التنظيم السيكولوجي الكلي للإنسان. على أن ذلك لا يعني أن الصمم يقود بالضرورة إلى سوء التوافق النفسي، و هو أيضاً لا يعني أن ثمة تأثيراً محدداً قابلاً للتنبؤ لدى جميع الأشخاص المعوقين سمعياً، فعلى الرغم من اعتقاد البعض بأن المعوقين سمعياً سمات نفسية و انفعالية مميزة و فريدة تختلف عن خصائص ذوي الإعاقات الأخرى (كالمكفوفين مثلاً) و تختلف أيضاً عن خصائص الأشخاص العاديين .

و على أي حال ، فلك لا يعني أن الإعاقة السمعية لا تؤثر على الخصائص النفسية و الانفعالية للشخص، ولكن ما يعنيه ذلك هو تأثير الإعاقة السمعية يختلف اختلافاً جوهرياً من إنسان إلى آخر، فالعوامل المحددة للبناء النفسي للشخص عديدة و متنوعة، وقد بين (الخطيب 1991) إن أثر الإعاقة السمعية على الفرد يعتمد على المعنى الذي تحمله بالنسبة له (الخطيب ، الحديدي ،2009، ص149).

إن: نستنتج أن الإعاقة السمعية تؤثر في مختلف جوانب حياة الفرد، لكنها لا تظهر بنفس الشكل أو الدرجة لدى الجميع. فهي تشمل الجوانب اللغوية بشكل واضح، وقد تمس آثارها الجوانب المعرفية والاجتماعية والنفسية والحركية، خاصة إذا لم تكن البيئة داعمة ولم يحصل المعاق سمعياً على برامج تدريب مناسبة.

ومع ذلك، فإن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية يمتلكون إمكانيات على التعلم والتكيف، ويمكنهم تحقيق نمو قريب من الطبيعي إذا أتيحت لهم فرص التعليم الجيد والتواصل الفعال والدعم المناسب من الأسرة والمجتمع.

11. أهم المشكلات التي يواجهها الصمم و ضعف السمع:

هناك العديد من المشكلات التي يتعرض لها كل من الصمم و ضعف السمع، و هي وإن تشابهت في جزء منها فإنها تختلف في أجزاء أخرى وفقاً لدرجة فقد السمع، ووقت حدوث تلك الإعاقة، والمدة التي يستغرقها فقد السمع و القدرات السمعية المتبقية، و البيئية التي ينشأ الطفل فيها و المستوى الإقتصادي و الاجتماعي الثقافي لأسرته، و مدى التعاون و التكامل بين الأسرة و المدرسة، بالإضافة إلى الرعاية المختلفة التي يلقاها، وما إلى ذلك من عوامل و متغيرات مختلفة تجعل من الأفراد الصمم عامة فئة غير متجانسة، كما تجعل من ضعف السمع أيضاً فئة غير متجانسة، كذلك فإن الصمم و ضعف السمع ليسوا فئة متجانسة و إن كانت وجود ضعف السمع من الصمم في نفس المدرسة كما هو في حال في مدارس الأمل يجعلهم لا يستخدمون اللغة في تواصلهم مع الآخرين، و يلجؤون إلى الإشارات بدلا من ذلك مما يفقدهم تلك المفردات اللغوية التي يكونوا قد اكتسبوها من قبل و ذلك عاما بعد الآخر. (السيد، 2014، ص 136).

ضعيف السمع:

هناك عدد من المشكلات و متاعب يتعرض لها الطفل ضعيف السمع وهي كما يلي:

1/ أنه يشعر بضيق عند رؤيته الآخرين و هم يتكلمون فتظهر على وجهه علامات الغضب و تظل ملازمة له طول حياته وذلك في صورة نوبات رفض غير منطقية.

2/ تقوية بعض الكلمات فلا يستوعب المعنى الصحيح للجملة، وقد يخلطه بمعنى آخر، و بالتالي فهو يستجر به الموقف بما يظن أنه سمعه و هو ما يكون قد فهمه بالقطع.

3/ يخشى أن يكون كلامه عندما يتكلم في غير موضعه مما يجعله يلجأ إلى عدم تكلمة الكلمات المختلفة أو إتمامها.

4 / لا يمكنه أن يوازن بين درجات صوته أو نغماته الصوتية في الكلمات المختلفة التي يمكنه أن ينطق بها .

5/ لا يستطيع أن يوازن كذلك بين الفواصل الزمنية بين ما ينطبق به من كلمات فنجده يسرع في حديثه أحيانا و يبطئ أحيانا أخرى دون داه لأن ذهنه لا يوافق بالكلية المطلوبة في وقتها و ذلك أقل لقلته رصيده منها.

6 / يشعر أن الآخرين يسخرون من طريقة نطقه فينظر إليهم في شك، أو يتلجج بشكل انفعالي دون أن تكون هناك حاجة إلى ذلك مطلقا.

7/ يخشى أن يسير في الطريق لأنه لا يسمع آلات التنبيه أو صوت السيارات القادمة من خلفه، أو تلك السرعة عن جانبيه .

و نحن يمكننا أن نضيف إلى ذلك ما يلي:

أ/ إفتقاره إلى العديد من المهارات الاجتماعية الازمة له في الحياة

ب/ عدم قدرته أن يسلك بشكل توكيدي يستطيع من خلاله أن يبرهن للأخرين على وجوده وقدراته و إمكانياته المختلفة.

ج/ عدم قدرته على تحمل المسؤولية حيال ما يمكن أن تقوم بإسناده إليه من مهام مختلفة في شتى مناحي الحياة .

الأطفال الصمم:

أما بالنسبة للأطفال الصمم فإن العديد من المشاكل و المتاعب التي يمكن أن تصادفهم في حياتهم و التي يعانون منها بدرجة أو بأخرى، ومن أهم المشكلات ما يلي:

1/ خلو ذهن الأصم من تلك الخبرات التي يحظى بها الطفل العادي عن اسمه مثلا و أسماء والديه و إخوته و أقاربه، و الحي الذي يسكن فيه، و أسماء تلك الأشياء التي يستخدمها، أو ما إلى ذلك من خبرات مختلفة .

2/ عدم التأزر بين السمع و البصر حيث يكون قد سمعته، و لكنه لا يزال ينظر ببصره إلى المثيرات المتعددة التي يراها دون أن يكون بمقدوره أن يستجيب بها. ومن ثم فإن الصور التي يراها يصبح لا معنى لها كما لا يكون لديه تفسير لها، بل الأكثر من ذلك أنه لا يعرف أين يضعها من المحسوسات الأخرى

3/ أن يعيش في عالم من السكون مما يجعله لا يتصور وجود عالم تمثل الأصوات عناصر هامة في تكوينه، و ضرورة للتعامل معه.

4/ الخوف من الآخرين نتيجة لعدم قدرته على فهمهم، و عدم قدرتهم على فهمه من ناحية أخرى مما يجعله يتجنبهم و يبحث بدلا من ذلك عن أقرانه من الصمم كي يتفاعل معهم ويشاركهم أنشطتهم المختلفة، و يشعر بوجوده و كيانه معهم. ومن ناحية المخاوف فإن أكثر ما يسود بينهم من مخاوف هو خوفهم من المستقبل .

- 5 / عدم قدرته على التعاطف الوجداني أو المشاركة الانفعالية مما يجعل حياته جافة و متوترة و خالية من الهزات الانفعالية. و قد يرجع ذلك إلى حرمانه من الملاحظات الكلامية و الأصوات الحنونة .
- 6 / عدم ثقته في نفسه و في قدراته و إمكاناته، و شعوره بالدونية.
- 7 / إقصار خبرته على المحسوسات الجزئية المرتبطة بحواسه السليمة و حياته اليومية الصامتة.
- 8 / نقص قدرته على إدراك الرموز و المعاني الكلية للأشياء المختلفة التي يمكن أن تتضمنها تلك المواقف المتباينة التي يمر بها في حياته.
- 9 / شعوره بالنقص حيث لا يكون بإمكانه أن يقوم بمجارة أقرانه في نشاطهم و ألعابهم مما يجعلهم قد يقوموا باستبعاده من بعض ألعابهم دون أن يفهم سببا واضحا و مقنعا لذلك من وجهة نظره على الأقل .
- 10 / إفتقاره إلى المهارات الإجتماعية اللازمة له لكي يتمكن من مجارة الآخرين و التفاعل معهم و الإندماج فيما بينهم فتؤثر الوحدة أو العزلة.
- 11 / إفتقاره إلى العديد من مهارات السلوك التكيفي.
- 12 / شيوع المشكلات السلوكية أو اضطرابات السلوك بين الصمم و .(السيد ،2014، ص 140).
- و نحن نرى أن هذه المشكلات جميعها إنما تنشأ في الأساس من مشكلتين اثنتين أن نجملها في النقطتين التاليين:
- 1 / نقص المهارات اللازمة له كي يتمكن من الاندماج في الحياة مع الآخرين و ذلك نتيجة لإعاقة السمع.
- 2 / اتجاهات الآخرين الغير المعوقين أي الذين يسمعون نحوه.
- وإذا كان بإمكاننا أن نساعد على تعلم تلك المهارات التي تنقصه وذلك إلى الحد الذي يساعده على تحقيق قدر مناسب من التوافق الشخصي و الاجتماعي فإن الأمر يختلف تماما بالنسبة لتغيير اتجاهات الغير المعوقين نحوه و نحو إعاقة، لذلك فإن القدر الأكبر من تلك المشكلات التي يواجهها الأصم أو

المعوق بشكل عام إنما يرجع إلى اتجاهات غير المعوقين نحوه و هو ما يتطلب تعديل و تغيير تلك الاتجاهات حتى يتمكن من مسايرتهم، و اكتساب الثقة في نفسه وفي قدراته و إمكاناته حيث إن هناك من بينهم من هو موهوب، و من يستطيع أن يحقق ما قد يصعب على غير المعوقين تحقيقه.

12. طرق الاتصال و التواصل مع المعاقين سمعياً:

إن دعم المعاقين سمعياً بطرق الاتصال سواء أكانت شفوية أو يدوية أو غيرها لها أهمية بارزة من أجل تعليم المعاقين سمعياً، و تسهيل دمجهم في المجتمع وفيما يلي شرح المهارات الاتصال:

أولاً: التواصل اللفظي، و يتم من خلال:

أ التدريب السمعي:

يقوم هذا الأسلوب في التواصل إلى معظم حالات الإعاقة السمعية لديهم إمكانات متبقية من القدرة السمعية وهذه القدرات يجب تنميتها و تطويرها، حتى يستطيع الشخص المعاق سمعياً التواصل مع الأشخاص العاديين و خاصة إذا تم استخدام أدوات تضخم الصوت أو المعينات السمعية المناسبة التي توفر للطفل صوتاً أكثر نقاء و مستوى ثابتاً من شدة الصوت.

ب قراءة الشفاه:

هو تطوير قدرات المعاق سمعياً على قراءة الشفاه وفهم الرموز البصرية لحركة الفم و الشفاه أثناء كلام الأشخاص العاديين، وهناك طرق مختلفة لتعليم قراءة الكلام و من هذه الأساليب:

أ/ الطريقة التحليلية:

هذه الطريقة تقوم على تعليم المعاق سمعياً التركيز على حركات الشفاه للمتكلم و العمل على تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية ثم يقوم المعاق سمعياً بتنظيم هذه المقاطع معاً لتشكيل المعنى المقصود .

ب/ الطريقة التركيبية:

و فيها يتم تعليم المعاق سمعياً على التركيز على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة الشفاه. لكل مقطع من مقاطع الكلام للشخص المتكلم.

ومهما كانت الطريقة التي استخدمت لتنمية مهارة قراءة الشفاه أو الكلام فإنه نجاح هذه الطريقة يعتمد على فهم المعاق سمعياً لبعض المثيرات البصرية الموجودة في بيئته مثل تعبير الوجه و حركات الأيدي و مقدار سرعة المتكلم و مدى الفة المتكلم للمعاق و كذلك القدرة العقلية للمعاق سمعياً (فوز، 2003، ص 108/107).

ثانياً: الطريقة اليدوية:

حيث تشمل هذه الطريقة على إستعمال اليدين للتعبير بدلاً من استخدام الطريقة اللفظية وهي ما تعرف بلغة الإشارة و تعد أكثر انتشاراً عند الصمم بالإضافة لكونها عبارة عن نظام حسي بصري يدوي يقدم على أساس الربط بين الإشارة و المعنى و تقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

أ الإشارات الوصفية:

و هذه الإشارات المتعارف عليها في مجتمع معين و لتصف مفهوماً أو فكرة معينة، و تكون عادة مرافقة للكلام كرفع اليد للتعبير عن الطول أو تنزيل اليد للدلالة عن القصر وهذه الإشارات يستخدمها الشخص العادي الذي لا يعرف القاموس الإشاري في تعامله مع المعاقين سمعياً.

ب الإشارات غير وصفية:

هي الإشارات التي تدل على فعل أو مفهوم أو صفة أو ضمير، حيث أنها تعتبر لغة خاصة للصم كرفع الأصبع للأعلى للدلالة على الصدق و للأسفل للدلالة على الخطأ و هذا النظام تم تطويره في معظم الدول ليصبح لغة خاصة بكل دولة أو قاموس إشاري خاص بها. وتستخدم عادة هذه اللغة في نشرات الأخبار و البرامج التلفزيونية المختلفة.

ج الإشارات الأبجدية (أبجدية الأصابع):

هي طريقة تعتمد على استخدام أصابع اليدين لتمثيل الحروف المختلفة، حيث يخصص لكل حرف شكل معين. ويتم التواصل بين مستخدمي أبجدية الأصابع من خلال حركات اليد وتهجئة الكلمات يدويا بدلا من نطقها لفظيا .

وتوجد إشارات خاصة بأبجدية الحروف العربية تم الإتفاق عليها في المؤتمر الخامس للهيئات العربية العاملة في رعاية الصم، الذي عُقد في العاصمة الأردنية عمان عام 1986م. وتُعد الأبجدية الإشارية مناسبة لتعليم الصم، نظرا لإمكانية تشكيل الحروف الأبجدية بها بسهولة (فواز ، 2003، ص 109)

✧ الصورة التالية تمثل الحروف الأبجدية بلغة الإشارة :

الأبجدية العربية بلغة الإشارة

				
أ	ب	ت	ث	ج
				
ح	خ	د	ذ	ر
				
ز	س	ش	ص	ض
				
ط	ظ	ع	غ	ف
				
ق	ك	ل	م	ن
				
ه	و	ي	ة	لا

(البكري، عمرو، 2024، ص 111)

13. دور الأخصائي النفسي في التكفل للمعاقين سمعياً:

- تشخيص حالة الطفل وتقييم قدراته النفسية والمعرفية.
- الكشف عن المشكلات النفسية المصاحبة مثل القلق أو العزلة أو العدوانية أو فرط الحركة و تشتت الانتباه و الحد و التخفيف منها .
- تقديم الدعم النفسي وتعزيز الثقة بالنفس وتقبل الإعاقة و التعايش معها و الرفع من جودة الحياة لديهم .
- تنمية مهارات التواصل باستخدام وسائل مناسبة كالإشارات والوسائل البصرية.
- تدريب الطفل على التعبير بالطرق المناسبة لحالته عن مشاعره واحتياجاته و عدم الكتم .
- تأهيله اجتماعياً ومساعدته على الاندماج في المدرسة والمجتمع.
- إرشاد الأسرة وتوعيتها بكيفية التعامل الصحيح مع الطفل و تعليمهم كيفية التواصل مع الطفل بلغته .
- التعاون مع المعلمين وأخصائي النطق لوضع برامج تربوية مناسبة لحالة الطفل .
- متابعة تطور الطفل وتقديم تدخلات علاجية عند الحاجة للحد من ظهور أي مشاكل يمكن أن تعرقل حياة الطفل . (من اجتهاد الطالبتين)

خلاصة :

خلال هذا الفصل اتضح أن العلاج باللعب يعد من التقنيات الفعالة في مرافقة الأطفال المصابون بفرط الحركة وتشتت الانتباه، خاصة عندما يرتبط ذلك بالإعاقة السمعية، لما تفرضه من خصوصيات في التواصل والتفاعل. إذ يعتبر اللعب وسيلة مناسبة للتعبير الغير اللفظي، ويساهم في تنمية الانتباه وتعدي السلوك وتعزيز التفاعل الاجتماعي في إطار يتلاءم مع قدرات الطفل. إذ أن استخدام العلاج باللعب ضمن برامج تدخل مكيفة يتيح مراعاة الفروق الفردية، ويدعم الجوانب النفسية والتربوية، خاصة لدى الأطفال المعاقين سمعياً الذين يحتاجون إلى أساليب بديلة للتواصل والتعلم.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث:

البرنامج العلاجي المقترح.

تمهيد:

- . تعريف البرنامج العلاجي .
- . أهداف البرنامج العلاجي .
- . الإطار النظري للبرنامج العلاجي .
- . التخطيط العلمي لتصميم البرنامج العلاجي .
- . استراتيجيات سير البرنامج العلاجي .
- . عرض مفصل لمحتوى البرنامج العلاجي .
- . الجلسات العلاجية .
- . ملاحظات .
- . خلاصة .

تمهيد:

تقدم الطالبتان في هذا الفصل أبرز ما جاء في البرنامج العلاجي، من مراحل لتصميمه وفقا للعلاج باللعب و الذي يهدف إلى التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه و ذلك لدى الاطفال المتواجدين في مدرسة المعاقين سمعيا ، كذلك عرض إستراتيجيات تصميمه و الأهداف العامة و الفرعية بالإضافة إلى عرض طريقة سير جلسات البرنامج

تعريف للبرنامج العلاجي: يعد البرنامج العلاجي القائم على اللعب بأنه إطار علاجي منظم يعتمد على توظيف اللعب كوسيلة أساسية في العملية العلاجية، حيث يُستخدم اللعب بشكل مخطّط وهادف لمساعدة الطفل على التعبير عن مشاعره وصراعاته الداخلية إما لفظيا أو غير لفظيا ، وتنمية قدراته النفسية والاجتماعية والانفعالية. ويقوم هذا البرنامج على توفير بيئة علاجية آمنة تسمح للطفل بالتفاعل بحرية، بما يسهم في تعديل السلوك، وخفض المشكلات الانفعالية و السلوكية منها تشتت الانتباه و فرط الحركة اخاصة عند الأطفال المعاقين سمعيا ، وتعزيز التوافق النفسي والاجتماعي، من خلال علاقة علاجية قائمة على التقبل والدعم

- أهداف البرنامج العلاجي القائم على اللعب:

- الهدف العام:

يهدف البرنامج العلاجي القائم على اللعب إلى خفض مستوى تشتت الانتباه و فرط نشاط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعيا

- الأهداف الفرعية:

1. تمكين الأطفال المعاقين سمعياً من التعبير الغير لفظي عن انفعالاتهم السلبية بطرق آمنة من خلال اللعب العلاجي.
2. تنمية مهارات الضبط الانفعالي والتفاعل الاجتماعي الإيجابي لديهم.
3. خفض فرط النشاط الحركي الغير لفظي والجسدي لدى الأطفال المعاقين سمعياً .

• الإطار النظري للبرنامج العلاجي:

تم الاعتماد في تصميم البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من تشتت الانتباه و فرط النشاط الحركي لدى الأطفال، على مبادئ النظرية السلوكية، التي تؤكد أن فرط الحركة متعلم يمكن تعديله من خلال استخدام أساليب التعزيز الإيجابي، و النمذجة، والتدريب على ، وهو ما تركز عليه النظرية السلوكية في تفسيرها وتدخلاتها العلاجية.

و قد تم الاعتماد على مجموعة من الدراسات السابقة لأجل بناء بعض من فنيات البرنامج العلاجي منها دراسة بن عامر ربيعة ، و مزري خيرة (2025)

أضافة إلى الاعتماد على توجيهات الأخصائيات العاملات بمدرسة المعاقين سمعياً .

• التخطيط العلمي لتصميم البرنامج العلاجي :

تم تصميم البرنامج العلاجي تبعا للمراحل التالية:

1. انتقاء العينة المستهدفة في البرنامج العلاجي (المعاقين سمعياً ذوي فرط الحركة و تشتت الانتباه)
2. تحديد أهداف البرنامج العلاجي و المدة اللازمة لتحقيقها
3. تحديد الأنشطة و الأساليب التي يبني عليها البرنامج العلاجي

4. إنتقاء الادوات و الوسائل المستخدمة في البرنامج

5. التقييم العام للبرنامج

• استراتيجيات سير البرنامج العلاجي:

لقد تم في هذا البرنامج العلاجي الاعتماد على مايلي :

حيث أنه ضم مجموعة من الجلسات تحتوي على أنشطة قائمة على اللعب مقسمة على ثلاث جلسات

الأسبوع كما هي موضحة

الجلسة الأولى : لقاء بالأطفال و الطاقم الإداري في مركز المعاقين سمعيا و التعرف عليهم

الجلسة الثانية : شرح لهم طريقة العمل و شروطه و الهدف من هذه الحصص و كسب ثقتهم و بناء

شعور الأمان بين الأطفال و الأخصائية و محاولة تعلم بعض الإشارات لتسهيل عملية تواصل معهم

الجلسة الثالثة : الحضور في الأقسام مع التلاميذ لأجل ملاحظة سلوكياتهم لتسهيل عملية اختيار العينة

الجلسة الرابعة: التنسيق مع الأخصائيات في المدرسة لتأكيد لنا أن العينة المختارة هيا حقا تحتوي على

السمة المطلوبة

الجلسة الخامسة : القيام بمقابلات مع المعلمات

الجلسة السادسة: لقاء مع أولياء العينة و القيام بمقالة معهم

و تطبيق المقياس القبلي

الجلسة السابعة: تطبيق اختبار رافن للكفاء و الهدف منه هو اختيار عينة من الأطفال ذوي ذكاء

مقارب لأجل ضمان نجاح البرنامج و الحصول على نتائج دقيقة

ثم بعدها تم الشروع بتطبيق الجلسات العلاجية

● عرض مفصل لمحتوى البرنامج العلاجي

جدول توضيحي رقم (02) يمثل محتوى البرنامج العلاجي :

الأنشطة التي تم الاعتماد عليها في البرنامج العلاجي	المدة التي استغرقها النشاط
المسار الحركي المنظم : احتوى على ثلاث أنشطة (القفز داخل أطواق ملونة، المشي على خط لاصق، رمي كرة داخل سلة)	إستغرق النشاط حوالي ساعة من الوقت
لعبة الجماد	إستغرقت حوالي نصف ساعة
لعبة أنظر كم عدد النقط و قف في البطاقة التي تحمل الرقم نفس النقط	إستغرق حوالي 45 دقيقة
لعبة البازل	استغرق حوالي ساعة من الوقت
لعبة اشارة المرور	استغرق حوالي نصف ساعة

استغرق حوالي ساعة من الوقت	لعبة الأخطاء و الفروق
إستغرق حوالي ساعة من الوقت	لعبة الأدوار
إستغرق حوالي 45 دقيقة	لعبة التركيب
إستغرق 15 دقيقة	لعبة السلحفاة (المشي البطيء)
أستغرق حوالي 20 دقيقة	نشاط التلوين داخل الحدود
إستغرق حوالي 20 دقيقة	لعبة توصيل النقط
إستغرق حوالي 25 دقيقة	لعبة X / O
استغرق حوالي 20 دقيقة	لعبة المتاهة
استغرق حوالي 20 دقيقة	لعبة النفخ في البالون
استغرق نصف ساعة	نشاط الاسترخاء

● الجلسات العلاجية

الجدول رقم (03) يمثل جلسات البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من

تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعيا .

الفصل الثالث

البرنامج العلاجي المقترح

رقم الجلسة العلاجية	زمن الجلسة	الهدف العام من الجلسة	الالعاب التي تناولتها الجلسة	كيفية تطبيق اللعبة
08	ساعة	تفريغ الطاقة تأسيس الانتباه البصري التقليل من الحركة الامتثال للقواعد	المسار الحركي المنظم	القفز داخل أطواق ملونة : نقوم بوضع أطواق ملونة موزعة على الأرض و متباعدة يقوم الطفل بالقفز داخلها بشرط أن لا يقفز خارج الطوق المشي على خط لاصق : نقوم بإصاق شريط لاصق مثبت على الأرض و يقوم الطفل بالمشي عليه على أن لا تخرج قدمه من على الشريط رمي كرة داخل سلة: يقوم الطفل بالوقوف على بعد مسافة و يبدأ برمي كرة شرط أن تدخل داخل السلة ثم بعدها يحصل على مكافأة
09	30د	تقليل الحركة	لعبة الجماد	نقوم بحركات مختلفة بحيث في زمن ما تقوم المعالجة برفع بطاقة حمراء عندها يتوقف الطفل و يمثل شيء جامد ولا

يتحرك الا عند رفع البطاقة الخضراء	الزائدة			
يقوم الاطفال بتشكيل دائرة و يرمي المعالج مكعب يحتوي كل ضلع منه على عدد من النقط و توزع صور تحمل أرقام مكتوبة و يبدأ الأطفال في الجري بهدوء ، بعدها يرمي المعالج المكعب و في نفس الوقت يجب على الطفل أن يقف في الرقم الممثل في المكعب	لعبة أنظر كم عدد النقط و قف في رقم المناسب	زيادة التركيز و الانتباه	45	10
إعطاء الطفل صحيفة من لعبة البازل مركبة ثم يلقي عليها الطفل نظرة لمدة قصيرة بعدها تفكيك اللعبة و ترك الطفل يقوم بتجميعها للحصول على الصورة المطلوبة	لعبة البازل	تقليل الحركة و زيادة التركيز	ساعة	11
يقوم المعالج بإعطاء مهام للأطفال و عندما يرفع المعالج بطاقة خضراء ينعي يتحرك الطفل و عندما يحمل المعالج بطاقة حمراء يتوقف الطفل ثم يقوم المعالج بتحفيز الفائزين	لعبة اشارة المرور	التركيز و الانتباه	30 د	12
يعطى للطفل صورتان متشابهتان إلا أن إحدى الصور ينقصها شيء عن الأخرى و على الطفل إيجاد الفرق	لعبة الأخطاء و الفروق	التركيز	ساعة	13
يقوم المعالج بإنشاء قصة خالية من الحوارات الكلامية و	لعبة	التدريب	ساعة	14

<p>تقسيم الادوار على الجميع بشرط ان يحترم دوره و أداءه</p>	<p>الأدوار</p>	<p>على انتظار الدور و التقليل من الاندفاعية</p>		
<p>إعطاء الطفل مجموعة مكعبات و طلب منه بناء برج و بناء أشكال أخرى</p>	<p>التركيب</p>	<p>قياس و تقييم صبر الطفل و التقليل من الحركة و زيادة التركيز</p>	<p>45د</p>	<p>15</p>
<p>يطلب من الطفل المشي ببطء شديد عند رؤية صورة سلحفاة و التوقف عند رؤية صورة البيت</p>	<p>لعبة المشي البطيء (السلحفاة) (</p>	<p>التحكم في النشاط الزائد</p>	<p>15د</p>	<p>16</p>

<p>اختيار رسومات واضحة الحدود و تحديد وقت قصير لأجل انتهاء العمل مع مؤقت بصري</p>	<p>التلوين داخل الحدود</p>	<p>تعزيز التركيز و التحكم الحركي الدقيق</p>	<p>20د</p>	<p>17</p>
<p>رسم نقاط و على الطفل إتباع النقط لرسم شكل هندسي</p>	<p>لعبة توصيل النقط</p>	<p>زيادة التركيز و التقليل من الحركة</p>	<p>20د</p>	<p>18</p>
<p>تكون المنافسة بين طفلين على أن ينجزو لعبة (. 0) Xمرتين و يقوم المعالج بتقديم مكافأة للفائز و تشجيع للخاسر</p>	<p>لعبة (. x o)</p>	<p>التركيز و المنافسة في الإطار المحدود</p>	<p>20د</p>	<p>19</p>
<p>يقوم الطفل على إيجاد طريق المخرج من المتاهة</p>	<p>لعبة المتاهة</p>	<p>زيادة التركيز و التقليل من الحركة</p>	<p>25د</p>	<p>20</p>

21	20د	خفض التوتر	لعبة النفخ في البالون	يتخيل الطفل أنه ينفخ بالونا كبيرا من خلال شهيق بطيء ثم يفرغه ببطء زفير و تكرار العملية
22	30د	الاسترخاء	تمارين الاسترخاء الحركي	تمارين تنفس عميق مع حركات بطيئة لليدين و كذلك شد و ارخاء العضلات بطريقة اللعب
23	15د	التأكد من فاعلية البرنامج	المقياس البعدي	تطبيق المقياس (كونرز لفرط الحركة و تشتت الانتباه) تقدير المعلم و الوالدين
23	15د	التأكد من استمرارية العلاج	المقياس التتبعي	تطبيق المقياس (كونرز لفرط الحركة و تشتت الانتباه) تقدير المعلم و الوالدين

ملاحظة :

- تم في هذا البرنامج الاعتماد على التواصل البصري المباشر
- استعمال بطاقات مصورة واضحة
- تقسيم التعليمات الى خطوات قصيرة و شرحها بلغة الاشارة للطفل بمساعدة الاخصائية النفسانية المتواجدة بالمركز

- تقليل المشتتات من حجرة اللعب

خلاصة :

هذا الفصل يمثل أهم فصل في الدراسة فهو يحتوى على البرنامج العلاجي المبني عليه هذه الدراسة بهدف التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا إذ أنه تعرضنا في هذا الفصل لتعريف عام للبرنامج و أهداف عامة و فرعية بالإضافة إلى الإطار النظري للبرنامج و كذلك ضم هذا الفصل عرض مفصل لمحتوى البرنامج و محتوى الجلسات العلاجية.

الفصل الرابع :

الاجراءات المنهجية للدراسة .

تمهيد:

– الدراسة الاستطلاعية:

الهدف من الدراسة الاستطلاعية.

منهج الدراسة الاستطلاعية.

التطبيق التجريبي للبرنامج العلاجي.

عينة الدراسة الاستطلاعية.

مجال الدراسة الاستطلاعية.

أدوات الدراسة الاستطلاعية.

الخصائص السيكومترية للمقياس

– الدراسة الأساسية:

متغيرات الدراسة الاساسية.

مجتمع و عينة الدراسة الاساسية.

منهج الدراسة الاساسية.

تجانس أفراد الدراسة الاساسية.

أدوات الدراسة الاساسية.

الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية.

خلاصة

تمهيد:

يشمل هذا الفصل شقين من الدراسة إذ أننا خصصنا الجزء الأول والذي يشمل الدراسة الاستطلاعية ، حيث تم توضيح العناصر الأساسية الخاصة بها من جمع البيانات وما تحتويه من المنهج و الحدود المكانية و الزمانية بالإضافة إلى الحدود البشرية إضافة إلى الأدوات المستخدمة فيها، أما الجزء الثاني فقد شمل الدراسة الأساسية من العرض والمعالجة الإحصائية لأدوات الدراسة والأساليب المعتمدة.

أولاً: الدراسة الإستطلاعية

1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

ينجز الباحث الدراسة الاستطلاعية بغية تحقيق مايلي:

- التعرف على الفئة المراد دراستها و تحديد خصائصها و بلورة فكرة حول موضوع الدراسة .
- معاينة أدوات الدراسة و التحقق من صدقها.
- اكتساب خبرة في تطبيق أدوات الدراسة.
- تحديد الصعوبات التي قد تتعارض مع الباحث عند مباشرته بالدراسة الأساسية و العمل على تفاديها .
- إختيار الدقيق لعينة الدراسة الأساسية بالاعتماد على أدوات الدراسة.
- التطبيق الاستطلاعي للبرنامج العلاجي المقترح و ذلك لأجل تحسين أو استبدال الأنشطة التي لا تتوافق مع خصائص عينة الدراسة و التنبؤ بإمكانية البرنامج للتخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

حيث تم إجراء الدراسة الإستطلاعية المرتبطة بالدراسة الحالية خلال السنة الدراسية 2025/2026 بداية من شهر فيفري الى منتصف شهر مارس.

حيث مرت على مرحلتين اساسيتين:

المرحلة الاولى: تمثلت في اختيار عينة الدراسة الأساسية، من خلال تطبيق ادوات الدراسة المتمثلة في: مقياس كونرز.

المرحلة الثانية: التطبيق الاستطلاعي ، للبرنامج العلاجي بغية إكتساب خبرة في تطبيقه و الكشف عن الأنشطة التي لا تتناسب مع قدرات الأطفال نظرا لوضعهم الخاص و إستبدالها بأخرى تتوافق مع حالتهم.

2. منهج الدراسة الاستطلاعية:

المنهج هو ذلك السبيل الذي يتبعه الباحث من بين عدة مناهج حسب ما يتناسب مع مشكلة الدراسة و

ذلك من اجل الوصول الى حلول لها او الى التوصل لنتائج معينة (درويش، 2018، 49)

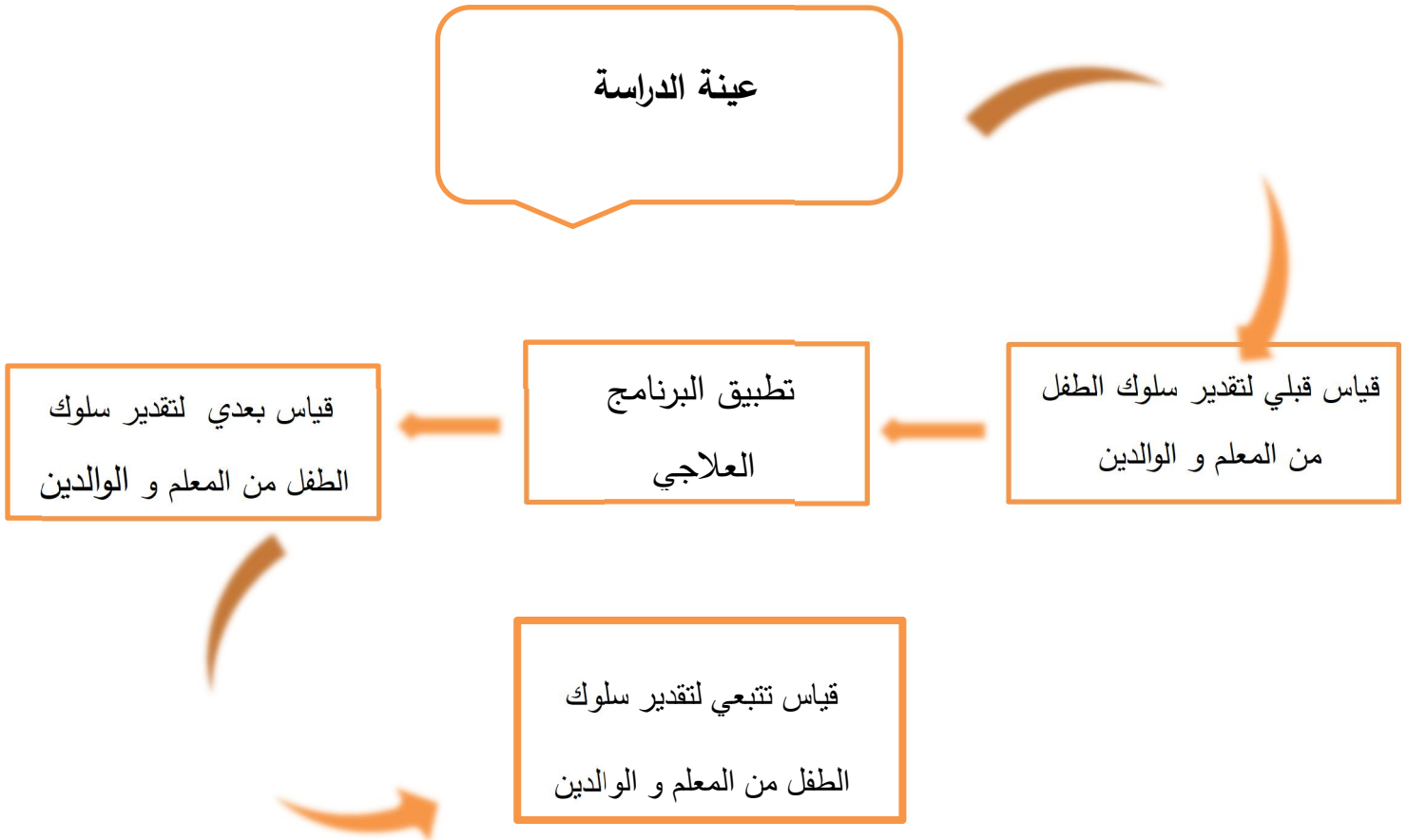
و في هذه الدراسة فان المنهج المناسب هو النهج التجريبي بأحد صوره و هو **الشبه التجريبي** بالاعتماد

على المجموعة الواحدة (الاطفال المعاقين سمعيا) و ذلك للكشف عن أثر المتغير المستقل (البرنامج

العلاجي) في المتغير التابع (تشتت الانتباه و فرط الحركة)عبر تبني استراتيجيات عملية متنوعة

التي تسعى إلى التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا

و الشكل التالي يوضح تصميم الدراسة



شكل رقم: (05) يوضح تصميم الدراسة (اعداد الطالبتين)

3. التطبيق التجريبي لعينة الدراسة:

لقد قمنا بتطبيق البرنامج العلاجي استطلاعيا على عينة من الأطفال الملتحقين بالمدرسة الخاصة بالأطفال المعاقين سمعيا لأجل التأكد من فعالية هذا البرنامج و كذلك لمعرفة مدى ملائمته مع عينة الدراسة و تكيفهم معه نظرا لحالتهم الخاصة .

4. عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على مجموعة واحدة وفي مايلي توضيح لأفراد العينة وفق عدد من المتغيرات:
اشتملت الدراسة على عينة مكونة من 6 أطفال معاقين سمعيا بمدرسة المعاقين سمعيا يعانون من فرط الحركة و تشتت الانتباه من كلا الجنسين منهم 5 إناث و ذكر واحد بغرض تطبيق أنشطة البرنامج العلاجي المقترح.

جدول رقم (04) يوضح مواصفات حالات الدراسة

الحالات	السن	الجنس	المستوى الدراسي	معدل ذكاء الطفل
فاطمة الزهراء	13	أنثى	السنة الثالثة ابتدائي	75
أسماء	13	أنثى	السنة الرابعة ابتدائي	50
نور	13	أنثى	السنة أولى ابتدائي	50
لحين	8	أنثى	تنطبق	50
أيوب	11	ذكر	سنة أولى ابتدائي	20
بشرى	12	أنثى	سنة ثالثة إبتدائي	50

5. مجال الدراسة الاستطلاعية :

1المجال المكاني : وفي هذا الإطار، تم تحديد الموقع الذي ستجرى فيه الدراسة، حيث تم اختيار .

عينة من تلاميذ المتواجدين بمدرسة المعاقين سمعياً بولاية عين تموشنت .

2المجال الزمني : امتدت الدراسة الميدانية ابتداء من بداية فيفري 2026 الى منتصف مارس

2026 .

6. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

الملاحظة العيادية عرفها فيكتور نول 1972 : هي طريقة جمع البيانات عن الفرد المفحوص و هو في موقف السلوك المعتاد و تدوين ما تمت مشاهدته بدون زيادة أو نقصان .

كما عرفها ماك بروني 1990 : بأنها مراقبة و تسجيل ما يحدث من سلوك دون أدنى محاولة لتغييره (دحماني، 2024، ص 8).

حيث أن الملاحظة العيادية : تُعتبر من أهم الأساليب التي يتبناها الباحث أو الأخصائي لتحليل الظواهر النفسية و فهمها إذ أنها الركيزة الأساسية في معرفة العالم والآخرين، و تعد عنصراً جوهرياً في النشاط العلمي. كما تقوم بتوجيه الانتباه بشكل مركز اتجاه سلوك معين أو ظاهرة محددة، بهدف التمييز بينها وبين غيرها من الظواهر الأخرى .

المقابلة العيادية: هي محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفساني الإكلينيكي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول، والإسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج.

و تستعمل المقابلة حسب **سيلامي** كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، حيث إنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الاختبارات النفسية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها، كما أنها تستعمل في علما لنفس العيادي بانتظام وتساعد في إعطاء حلول للمشاكل . (مقراني، 2022، ص

(58)

نتائج التحصيل الدراسي: لقد تم الإطلاع على النتائج الادراسية للأطفال لتقييم مستوى الدراسي للعينة المستهدفة.

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل :

- اعتمدنا في دراستنا على العمل بأحد المقاييس النفسية، وهو مقياس "كونرز" لملاحظة سلوك الطفل من طرف الوالدين والأساتذة، لتوافقه مع موضوع الدراسة.

يسعى هذا المقياس إلى قياس درجة الاضطراب قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وذلك بعد تشخيص

الاضطراب (فرط الحركة وتشتت الانتباه) باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي DSM5.

و قد طورت قائمة كونرز لأول مرة بواسطة كونرز وآخرين في عام 1969، ثم تم مراجعتها من قبل

جوييت (GOyutte) وآخرين في عام 1978، لتبقى كما هي في شكلها الحالي. و تم تصميم هذه

القائمة :

لتحديد الأعراض المتلازمة باضطراب بفرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال، حيث تركز على

ملاحظة سلوكيات الطفل بطريقة موضوعية، مع تقدير كمية السلوك وتجنب التقييمات الذاتية.

يمكن للباحثين والمتخصصين غير المتخصصين تطبيق هذا المقياس بسهولة، نظراً لوضوح بنوده و

بساطتها .

السلوكيات التي يتم تقييمها تعكس السلوكيات اليومية التي قد تظهر في الاضطرابات السلوكية لدى

الأطفال .

و توجد أربع نسخ من هذا المقياس، تختلف حسب عدد البنود والسلوكيات المرصودة. النسخة الكاملة من

مقياس كونرز للوالدين تتضمن 80بندًا، بينما النسخة المصغرة تحتوي على 48بندًا.

أما بخصوص مقياس كونرز للأساتذة، فالنسخة الكاملة تشمل 39بندًا، بينما النسخة المصغرة تتضمن 28بندًا

- استمارة الوالدين تحتوي على 48بندًا، وتعكس تقييم الوالدين لسلوكيات طفلهم .
- استمارة الأساتذة تتكون من 28بندًا، وهي تعكس تقييم المعلم لسلوكيات الطفل داخل المدرسة

(داخل وخارج الفصل، في الساحة)

1. طريقة التكوين :

تحتوي قائمة "كونرز" للوالدين على 48 بندًا (1978)، وهي موجهة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 17 سنة. تتمتع هذه القائمة ببنية ثابتة تشمل خمسة عوامل رئيسية تم تحديدها من خلال تحليل المحتويات الأساسية :

- الاضطرابات السلوكية .
- مشاكل أو صعوبات التعلم .
- الأعراض النفسية الجسدية .
- الاندفاعية / فرط الحركة .
- القلق .

أما قائمة "كونرز" للأساتذة فتتكون من 28 بندًا، وهي تتمتع ببنية ثابتة أيضًا، حيث تتضمن ثلاثة عوامل رئيسية تم تحديدها من خلال تحليل المحتويات الأساسية :

- الاضطرابات السلوكية .

- الاندفاعية / فرط الحركة .

- نقص الانتباه / السلبية .

ب - طريقة التطبيق :

يتم ملء استمارة الوالدين من طرف الأولياء أنفسهم، بينما يتم ملء استمارة المعلم من قبل المعلم، وذلك وفقاً لتفسير الأخصائي .

ج - طريقة التنقيط :

يتم تقييم كل بند أو عبارة باستخدام درجات تتراوح من 0 إلى 3 كما يلي :

- الدرجة 0 = نادراً .

- الدرجة 1 = أحياناً .

- الدرجة 2 = غالباً .

- الدرجة 3 = دائماً .

الجدول رقم (05): يمثل التصنيف لدرجات مقياس كونرز (النسخة الخاصة بالوالدين

والمدرسين)

التصنيف	المدى
فوق المتوسط بدرجة كبيرة جدا	أعلى من 70
فوق المتوسط بدرجة كبيرة	من 66 إلى 70
فوق المتوسط	من 61 إلى 65
فوق المتوسط بدرجة طفيفة	من 56 إلى 60
المتوسط	من 45 إلى 55

أقل من المتوسط بدرجة طفيفة	من 40 إلى 44
أقل من المتوسط	من 35 إلى 39
أقل من المتوسط بدرجة كبيرة	من 30 إلى 34
أقل من المتوسط بدرجة كبيرة جدا	أقل من 30

ضمن استمارة " كورنر " للوالدين يوجد خمسة أبعاد وفي كل بعد يوجد عدة بنود

– الاضطرابات السلوكية: 2، 3، 5، 14، 15، 19، 20، 27، 34، 39

– اضطرابات التعلم: 7، 10، 25، 31

– اضطرابات التجسيد: 26، 32، 40، 41، 42، 43، 44، 48

– الاندفاعية و فرط الحركة: 4، 5، 9، 11، 13، 22، 28، 29، 36، 38،

– القلق: 1، 6، 12، 16، 17، 18، 21، 23، 24، 30، 33، 33، 45، 47

ضمن استمارة كورنر للمعلمين يوجد ثلاث أبعاد في كل بعد يوجد عدة بنود:

– الاضطرابات السلوكية: 4، 5، 6، 10، 11، 12، 13، 17، 19، 23، 24، 25، 27

– الاندفاعية و فرط الحركة: 1، 2، 3، 8، 14، 15، 16

– نقص الانتباه و السلبية: 7، 9، 18، 20، 21، 22، 26، 28

ترجمة المقياس إلى اللغة العربية:

قام تزاكرت عبد الناصر 2017 بترجمة بنود و تعليمات مقياس إلى اللغة العربية ، ثم قام بطباعته

بنفس الأسلوب و الشكل و الإخراج كما بالمقياس الأصلي، لما لذلك من أهمية لتطبيق المقياس. و

روعي في عملية الترجمة أن يحتفظ المقياس بالوظيفة التي يقيسها في المقياس الأصلي لكن قامت الطالبتان بتبني النسخة المعدلة من مقياس المترجم الذي وضعته بن حمادي مباركة (2018) و قامت بحساب خصائصه السيكومترية.

07. الخصائص السيكومترية لمقياس كونرز:

قامت بن حمادي مباركة (2018) بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس كونرز و هي كالتالي :

1) صدق المقياس:

الصدق التمييزي للبنود على مقياس كونرز للأساتذة :

وصفت بن حمادي مباركة ان فقرات المقياس دالة عند 0.01 و 0.05 حيث كانت أعلى قيمة تمييزية في هذا المقياس للبند رقم (04) والبند رقم (13) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 7.90، وأدنى قيمة تمييزية في ذات المقياس كانت للبند رقم (08) والبند رقم (14) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 2.66 وعليه تعتبر جميع بنود هذا المقياس صادقة ويمكن الاعتماد عليها .

-الصدق التمييزي للبنود على مقياس كونرز للأولياء :

وصفت بن حمادي مباركة ان فقرات المقياس دالة عند 0.01 و 0.05 حيث كانت أعلى قيمة تمييزية في هذا المقياس للبند رقم (15) والبند رقم (19) والبند رقم (27) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 7.00، وأدنى قيمة تمييزية في ذات المقياس كانت للبند رقم (1) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة 1.58 وعليه تعتبر جميع بنود هذا المقياس صادقة ويمكن الاعتماد عليها.

- صدق المقارنة الطرفية لمقياس كونرز للأساتذة:

وصفت بن حمادي مباركة ان صدق المقارنة الطرفية يتضح من خلال (ت) المحسوبة والتي بلغت 10.016 انها دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على صدق نتائج المقياس.

-صدق المقارنة الطرفية لمقياس كورنز للأولياء:

وصفت بن حمادي مباركة ان صدق المقارنة الطرفية يتضح من خلال (ت) المحسوبة والتي بلغت 13.461 انها دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على صدق نتائج المقياس.

(2) ثبات المقياس :

-ثبات التجزئة النصفية لمقياس كورنز للأساتذة:

وصفت بن حمادي مباركة ان التجزئة النصفية الطرفية يتضح من خلال معامل الثبات بعد التعديل والذي بلغ 0.975 كان دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على ثبات المقياس

-ثبات التجزئة النصفية لمقياس كورنز للأولياء :

وصفت بن حمادي مباركة ان التجزئة النصفية يتضح من خلال معامل الثبات بعد التعديل والذي بلغ 0.980 كان دال احصائيا عند مستوى الدلالة 1.10 مما يدل على ثبات المقياس.

- ثبات الفا كرونبا خ لمقياس كورنز للأساتذة :

وصفت بن حمادي مباركة الفا كرونباخ يتضح من خلال قيمة ألفا كرونباخ والتي بلغت 0.752 دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على ثبات المقياس.

- ثبات الفا كرونباخ لمقياس كورنز للأولياء :

وصفت بن حمادي مباركة الفا كرونباخ يتضح من خلال قيمة ألفا كرونباخ والتي بلغت 0.739 دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على ثبات المقياس (حمادي 2018، صفحة 116 / 115)

اختبار رافن للذكاء :

يعتبر اختبار رافن Raven للمصفوفات المتتابعة من أبرز الاختبارات التي شاع استخدامها في معظم دول العالم، وهو من اختبارات الذكاء الجمعية والفردية غير اللفظية، ومصنوفات رافن من الاختبارات العقلية التي استغرق فيها العالم الانجليزي جون رافن وتلاميذه (30) عاما في اعدادها وتطويرها (قدي، 2017، ص 650)

يحتوي اختبار المصفوفات المتتابعة الملون من ست وثلاثين فقرة مقسمة على ثلاث مجموعات هي (أ، أب، ب،) والبعدان (أ، ب) يشبهان نظيريهما في اختبار رافن العادي، أما البعد (أب) فتتراوح صعوبته بين صعوبة البعدين (أ، ب) فهي أكثر صعوبة من فقرات البعد (أ)، وأقل صعوبة من فقرات البعد (ب)، وقد نشر هذا الاختبار لأول مرة عام (1947) وتم تعديله عام (1956) ، ويمكن استخدام هذا الاختبار مع الأشخاص المتأخرين عقليا، وكبار السن ومع ذوي الإعاقة المؤثرة في التحصيل اللغوي كالصم والبكم.

طريقة تصحيح اختبار :بعد انتهاء المفحوص من الاجابة على الاسئلة، يتم سحب الكراسه وورقة الاجابة ثم يحسب لكل سؤال أجابه المفحوص بطريقة صحيحة (1 درجة)، ولكل اجابة خاطئة (0 درجة)، ثم تجمع كل الدرجات الصحيحة، وبذلك نلجأ إلى قائمة المعايير المئينية لكي نستخرج نسبة الذكاء المقابلة للدرجة ولعمر المفحوص

✓ لقد قمنا في هذه الدراسة باستخدام اختبار رافن للذكاء لأجل اختيار عينة متقاربة الذكاء بغية ضمان نجاح البرنامج العلاجي و الحصول على نتائج دقيقة على حسب تشابه خصائص الأطفال و لقد تم اختيار هذا الاختبار بالضبط نظرا لحالتهم الخاصة لأن هذا الاختبار هو اختبار غير لفظي أي يعتمد على الصور فقط .

ثانيا: الدراسة الأساسية :

(1) متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: يتمثل في (البرنامج العلاجي) المقترح و القائم على مجموعة من الأساليب التي تتدرج تحت العلاج باللعب لأجل التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعيا .

المتغير التابع: و يشير إلى التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة الذي يبديه الأطفال المعاقين سمعيا محل الدراسة .

(2) عينة الدراسة :

شملت عينة الدراسة الحالية من 6 تلاميذ و تلميذات ملتحقين بمدرسة المعاقين سمعيا أعمارهم ما بين (8 و 13 سنة) و هم أطفال مصابون بالإعاقة السمعية ، حيث تم اختيارهم بالطريقة القصدية.

و مستوى عال من فرط الحركة و ضعف في الانتباه تم اختيارهم بطريقة قصدية من مدرسة المعاقين سمعيا بولاية عين تموشنت .

و الجدول التالي يمثل أفراد العينة:

جدول رقم (06) يمثل أفراد العينة .

المجموع	الجنس		العينة	العنوان	المدرسة
	ذكور	اناث			
06	1	5	مجموعة واحدة	عين تموشنت	المعاقين سمعيا

طريقة اختيار عينة الدراسة:

- كأول خطوة في اختيار العينة قمنا بحضور حصص دراسية مع تلاميذ في أقسامهم من أجل ملاحظة سلوكهم داخل القسم كذا حضور حصص معهم في الساحة و في قاعة النشاطات و قاعة التلفاز ، لأجل تحديد جميع سلوكيات التلاميذ داخل و خارج حجرات الدراسة بهدف اختيار الأولي للذين يعانون من فرط الحركة و تشتت الانتباه. كما طلب من المعلمات و الأخصائيات النفسانيين في المدرسة مساعدتنا أكثر بحديد العينة المراد دراستها . إضافة إلى ذلك، طلبت الطالبتين من المعلمة الإجابة على المقياس القبلي لتقدير السلوك كذلك قمنا بمقابلات قبلية مع اولياء العينة و الإجابة على المقياس القبلي لتقدير الوالدين ، و كذلك قمنا بتطبيق اختبار رافن للذكاء بهدف حصر عينة الدراسة .

(3) منهج الدراسة الأساسية:

اعتمدنا في الدراسة الأساسية على المنهج الشبه تجريبي باعتبار أنها تجربة الهدف منها كشف فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى ذوي الإعاقة السمعية و هو الأنسب للدراسة الحالية .

(4) تجانس أفراد العينة:

بغية ضبط متغيرات الدراسة قمنا بالتأكد من تجانس أفراد العينة في المتغيرات التالية: السن ، مستوى الذكاء ، مستوى التحصيل الدراسي ، مستوى فرط الحركة و تشتت الانتباه

(5) أدوات الدراسة الأساسية:

1. مقياس تقدير السلوك لكونرز من طرف الوالدين .
2. مقياس تقدير السلوك لكونرز من طرف المعلم .
3. البرنامج العلاجي المقترح من طرف الطالبين .
4. المقابلة العيادية .
5. الملاحظة العيادية .
6. الإطلاع على نتائج التحصيل الدراسي.

(6) الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية:

تم الاعتماد على أساليب الإحصاء اللابارامتري نظرا لتوافقها مع العينات الصغيرة و ذلك بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) إصدار 26.

و قد تم الاعتماد على هذا النوع من الأساليب الإحصائية (لللابارامتري) في هذه الدراسة لملائتها مع

نوع الاحصاء المعتمد اذ أنه في حدود وجود بيانات غير موزعة توزيع اعتدالي فإنه من المفترض استعمال الإحصاء اللابارامتري أو اللامعلمي و هو أحد الأساليب الإحصائية الإستدلالية التي تتناسب مع العينات الصغيرة كذلك تم الحساب بمعامل قيمة (**Z**) بالاضافة إلى قياس ويلكسلون لقياس الفرق بين مجموعتين مرتبطتين.

خلاصة الفصل:

كما هو متعارف عليه فإن أي دراسة ميدانية إلا و لها خطوات منهجية يتبعها الباحث كطريق للوصول إلى نتائج يعتمد عليها في تفسير الظاهرة المدروسة، و الدراسة الآنية هي نوع من الدراسات الميدانية ذات المنهج الشبه التجريبي حيث قامت فيها الطالبتين بتطبيق إجراءات الدراسة الأساسية من خلال تحديد التجانس بين أفراد العينة كخطوة أساسية قبل تطبيق البرنامج العلاجي .

الفصل الخامس:

عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة:

تمهيد :

عرض وصفي لحالات الدراسة:.

التذكير بفرضيات الدراسة .

عرض نتائج الدراسة

عرض نتائج الفرضية الفرعية لأولى .

عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية .

عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة.

عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة.

عرض نتائج الفرضية الفرعية الخامسة.

مناقشة نتائج الدراسة.

مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية.

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى .

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية .

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة .

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة.

مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الخامسة .

استنتاج عام ، توصيات و اقتراحات .

تمهيد:

سيتم التطرق في هذا الفصل إلى عرض وصفي للحالات كذا عرض ومناقشة نتائج الدراسة الحالية على ضوء ما توصلت إليه النتائج، و على أساس الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بالمتغيرات، حيث بدأنا بعرض النتائج من خلال الأساليب الإحصائية المناسبة و تحليلها و تفسيرها وصولاً إلى الإسهامات العلمية للدراسة.

أولاً: عرض وصفي لحالات الدراسة:**• الحالة الأولى :**

– الاسم : فاطمة الزهراء

– السن : 13 سنة

– الجنس: أنثى

– المستوى الدراسي : السنة الثالثة ابتدائي

– نوع الإعاقة: إعاقة سمعية

– وظيفة الأب : عامل يومي (إعاقة سمعية)

– وظيفة الأم : ماکثة بالبيت

(1) ملخص المقابلات:

لأجل جمع معلومات أكثر دقة و للإجابة عن المقياس القبلي قبل تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بإجراء مقابلة مع والدة الحالة و معلمتها و كذا الحضور مع الحالة في القسم أثناء الدرس.

➤ **المقابلة مع الأم :** لقد قمنا بتطبيق ثلاث مقابلات مع أم الطفلة كانت المقابلة الأولى

قبل تطبيق العلاج و المقابلة الثانية بعده أما المقابلة الثالثة فكانت بعد فترة من العلاج.

كما هي موضحة :

- **قبل تطبيق العلاج :** لقد تم إجراء مع الأم مقابلة إذ تعتبر هذه مقابلة قبلية تشخيصية لأجل جمع معلومات عن الحالة (ف) من أجل الإجابة عن المقياس القبلي قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح، تمت المقابلة في مكتب الأخصائية النفسانية المتواجدة في المدرسة، عند اللقاء مع والدة الطفلة قمنا بالترحيب بها و شكرها على تلبية الدعوة التي كنا قد قمنا بإرسالها لها ، بعدها قدمنا لها أنفسنا و شرح لها الموضوع المقابلة ، ثم طمأنتها أن جميع معلومة ستدلي بها ستكون في سرية .

باشرنا أولاً بطرح أسئلة متعلقة بفترة الحمل إذ أنها صرحت أن الفترة كانت جد عادية و لم تحدث أي مضاعفات ، كما أنها أوضحت لنا أن إعاقة طفلتها بسبب حمى في سن العامين حيث قالت بأن الطفلة قد التحقت بمدرسة عادية في سن الخامسة لكنها لم تتأقلم نظراً لحالتها هذا ما استدعى انتقالها إلى مدرسة المعاقين سمعياً ، كما اوضحت لنا أم الطفلة أن الحالة كثيرة الحركة حيث أنها لا تتمكن من الجلوس لفترة طويلة بل تتجول في غرف البيت بدون هدف كما أنه حتى إذا جلست فإنها تحرك أطرافها من قدمين و يدين فهي لا تستطيع المكوث في مكان كما صرحت الأم أن الطفلة لا تتمكن من إنهاء أعمالها و كذا أنها ليس لديها أصدقاء بسبب أنها لا تمتثل للقواعد في اللعب وقد صرحت أنها اندفاعية أكثر من اللازم فهي تأخذ الأشياء بلا استئذان ، بالإضافة إلى أنه تم طرح أسئلة تخص كيفية تعامل الأم مع طفلتها عند القيام بهذه السلوكيات ، فقالت أنه أحياناً تقوم بمعاقبتها و أحياناً تتغاضى النظر، بعد

إنهاء الجلسة قمنا بتقديم المقياس كونهز لتقدير الوالدين (القبلي) لتجيب عنه الأم و بعدها شرحنا للأم كيفية التعامل مع طفلتها خصوصا و أن حالتها خاصة ثم شكرها مرة أخرى و توديعها .

- **بعد تطبيق العلاج:** قمنا باجراء المقابلة مع الأم في مكتب الأخصائية النفسية في المدرسة حيث استدعينا الأم بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث هدفت هذه المقابلة للكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي القائم على اللعب من وجهة نظر الأم و الإجابة عن المقياس البعدي ، إذ أننا أولا قمنا بشكر الأم على تلبية الدعوة مرة ثانية و كما بطرح عدة استفسارات من بينها ، هل لاحظتي تحسنا في سلوك الطفلة فقد أجابت الأم أنها قد أصبحت أحسن من قبل حيث أن حركتها خفت قليلا بالإضافة إلى أنها أصبحت تقوم بعملها و تنهيه ، كما أنها صرحت من خلال سؤالنا حول الاندفاعية بأن الحالة أصبحت أكثر تنظيما و أقل اندفاعية ، بالإضافة إلى أن علاقاتها مع أقرانها قد تحسنت قليلا فقد أصبحت تنتظر دورها ، ثم بعد الانتهاء من جميع الأسئلة فقد طرحنا للأم استفسار حول تعاملها مع الطفلة مرة أخرى فأفادت بأن تعاملها تغير بحيث أصبحت تعزز لديها السلوك الإيجابي الذي تقوم به و عند قيام الطفلة بسلوك غير مقبول فإنها تشرح لها الأمر و تفهمها بأن ما فعلته خاطئ . بعدها تم تقديم المقياس البعدي للأم من أجل الإجابة عنه.

- **بعد فترة من تطبيق العلاج:** أكدت الأم أن و حتى بعد فترة من العلاج قد بقت الحالة على سلوكها الجديد. و ظهر من خلال الإجابات على المقياس التتبعي

➤ المقابلة مع المعلمة :

- **قبل تطبيق العلاج:** لقد تمت المقابلة مع معلمة الطفلة في قسم الخاص بهم في فترة الاستراحة فقد قمنا بطرح مجموعة للمعلمة للاستفسار حول سلوك الطفلة داخل القسم فأفادت المعلمة بأنها الحالة كثيرة الحركة و تنتقل من مكانها بشكل متكرر ولا تلتزم بالجلوس أثناء الأنشطة التي أقدمها لهم و عند

طرحنا لها سؤال بخصوص بمستوى الانتباه أوضحت أن الطفلة تواجه صعوبة في التركيز حتى و عند تقديم الأنشطة مصورة أو شرحها بالإشارات حيث يتشتت انتباهها بسرعة و لا تكمل نشاطاتها حتى النهاية و دائما ما تتحجج بالذهاب إلى دورة المياه فقط لكي تتحرك و عند تقديم لها أسئلة لها بخصوص اندفاعية الطفلة قالت بها كثيرا ما تقاطع زميلاتها أثناء التواصل بالإشارات و قالت أن معلمة الرياضة دائما ما تشتكي من تصرفاتها حيث أنها لا تنتظر دورها أثناء لعب الجماعي . بعد هذا قمنا بتقديم مقياس (القبلي) كونه لتقدير المعلم للإجابة عنه بعدها قمنا بشكر المعلمة على تعاونها معنا و تقديم لها إرشادات و طرق لاستعمالها مع الطفلة داخل القسم .

- **بعد تطبيق العلاج:** لقد تمت مقابلة أخرى مع معلمة الطفلة للكشف كذلك عن فاعلية البرنامج العلاجي المطبق و تأكيد فاعلية ، إذ تم طرح عليها عدة أسئلة تتعلق بتغير سلوك الطفلة بعد و أثناء العلاج فقد أفادت المعلمة بأنه تغير سلوكها و أصبحت أكثر اتزاناً من ذي قبل كما أنها أصبحت تقوم بأعمالها و حتى واجباتها و تتهيم بالإضافة إلى أن مستوى الحركة لديها أصبح أقل من ما كانت عليه و عند طرح سؤال حول مستوى الانتباه فقد أوضحت أن انتباهها تحسن قليلاً عن ما كان عليه. ثم قمنا بتطبيق المقياس البعدي .

- **بعد فترة من تطبيق العلاج:** لقد أكدت لنا المعلمة أن العلاج حافظ على فاعليته و ظهر من خلال تطبيق المقياس التتبعي.

➤ الملاحظات التي تمت حول الطفلة في المدرسة:

- **قبل تطبيق العلاج:** لقد تم تدوين عدة ملاحظات من قبل الطالبتين حول الطفلة في المدرسة قبل تطبيق العلاج في القسم و الساحة و قاعة التلفاز و حتى أثناء تأدية نشاطات رياضية ، إذ لوحظ أن الطفلة كثيرة الحركة و عدم قدرتها في البقاء في مكان واحد كما أنها خلال تقديم الدرس فإنها تتحرك يمينا و شمالا و تذهب لدورة المياه مرارا و تكرارا بالإضافة إلى أنها ذات تركيز متشتت و انتباه منخفض

فما إن تبدأ في حل نشاط إلى و تستاء منه و تعجز عن إكماله كذلك فإنها تلعب بهمجية في ساحة المدرسة و تقوم بالجري و التحرك بالإضافة إلى أنها لا تستطيع انتظار دورها أثناء قيامهم بنشاطات رياضية .

- بعد تطبيق العلاج: لقد سجلنا عدة ملاحظات حول الحالة مقارنة بما لاحظناه سابقا إن أن سلوكها أصبح أكثر انضباط على ما كانت عليه سابقا و كذا فإنها أصبحت تنتظر دورها و تحترم أدوار الآخرين .

● الحالة الثانية:

- الاسم: أسماء

- السن : 13

- الجنس: أنثى

- المستوى الدراسي : السنة الرابعة ابتدائي

- نوع الإعاقة: إعاقة سمعية

- وظيفة الأب : /

- وظيفة الأم : مائكة بالبيت

(2) ملخص المقابلات :

لأجل جمع معلومات أكثر دقة و للإجابة عن المقياس القبلي قبل تطبيق العلاج قد تم إجراء مقابلة مع والدة الحالة و معلمتها و كذا الحضور مع الحالة في القسم أثناء الدرس قبل العلاج و بعده و كذا بعد فترة من تطبيق العلاج

➤ **المقابلات مع الأم:** لقد قمنا بتطبيق ثلاث مقابلات مع أم الطفلة كانت المقابلة الألى قبل

تطبيق العلاج و المقابلة الثانية بعده أما المقابلة الثالثة فكانت بعد فترة من العلاج. كما هي

موضحة :

- **قبل تطبيق العلاج:** لقد تمت مقابلة مع أم الطفلة (أ) في مكتب الأخصائية إذ أننا أولاً قمنا بالترحيب بها و شكرها على تلبية دعوتنا لها و طرح عليها عدة أسئلة حول سلوك طفلتها المتعلق بفرط النشاط الحركي و تشتت الانتباه إذ أنها أكدت لنا أن ابنتها كثيرة الحركة و لا تتمكن من انهاء عمل تقوم به كما أنها شديدة الاندفاعية و حتى عندما تخرج إلى شارع فإنها تلعب بهمجية مع الأطفال ولا تتمكن من الجلوس لفترة طويلة و قد أفادت كذلك بأن كل من في البيت يزعجون من هذه السلوكيات كما أنها في غالب الأحيان تقوم بضربها ضننا منها أن هذا بالفعل تقوم بتأديبها و تعديل سلوكها، بعد الإنهاء من المقابلة قمنا بتقديم إرشادات لكيفية تعامل الأم مع طفلتها .

-**بعد تطبيق العلاج:** لقد أفادت الأم أن بعد تطبيق العلاج أنه قد تغير سلوك الطفلة قليلا و تحسن

عن ما كان عليه قبل ، و كذا فإن الطفلة أصبحت أقل حركة و اتران

- **بعد فترة من تطبيق العلاج:** أوضحت الأم أن سلوك الطفلة بقي كما هو من فترة تطبيق العلاج

و على العكس من ذلك فقد زاد تحسنا .

➤ **المقابلات مع المعلمة :** كذلك تم تطبيق عدة مقابلات مع المعلمة قبلها و بعدها و تتبعيا:

- **قبل تطبيق العلاج** : لقد صرحت المعلمة أن الطفلة كثيرة الحركة كما أنها تزج زملائها في القسم ولا تقوم بأي أعمال تطلب بها كما أنها تتحجج بالمرض فقط لكي لا تقوم بأعمالها الدراسية بالإضافة إلى أنها تحب أن توزع الكرايس و تمسح السبورة كذلك رمي الأوراق في سلة المهملات كذا إلى أنها تتأرجح على الكرسي و تلتفت يمينا و شمالا .

- **بعد تطبيق العلاج**: صرحت المعلمة أن الطفلة قد تعدل سلوكها بعد هذه المدة ، كذا فإنها خفت حركتها و بالإضافة إلى أنها أصبحت تقوم بواجباتها و تباشر في حل تمارينها .

- **بعد فترة من تطبيق العلاج**: أدلت المعلمة أن سلوك الطفلة لم يتغير بعد العلاج فقد حافظت على سلوكها الجديد كما أنها أصبحت تركز أكثر مع واجباتها و أنشطتها بالإضافة إلى أن علاقاتها مع زميلاتها تحسنت قليلا.

➤ الملاحظات التي تمت حول الطفلة :

- **قبل تطبيق العلاج**: لقد تم ملاحظة عدة سلوكيات تنبئ بوجود فرط الحركة و تشتت الانتباه حيث أنها كثيرة الحركة و الاندفاعية و لا تحترم دورها في الألعاب .

- **بعد تطبيق العلاج**: لقد بين العلاج المترح القائم على اللعب أن له فاعلية في تخفيف فرط الحركة و تشتت الانتباه، حيث أننا لاحظنا أن سلوك الطفلة تحسن و خف مستوى الحركة و الاندفاعية لديها .

- **بعد فترة من تطبيق العلاج**: لقد حافظت الطفلة على تحسن السلوك لديها مما أظهر لنا تنبئ بأن العلاج حافظ على فاعليته .

• الحالة الثالثة :

- الاسم : نور

- السن : 13

- الجنس: أنثى

- المستوى الدراسي : السنة أولى ابتدائي

- نوع الإعاقة: إعاقة سمعية

- وظيفة الأب : /

- وظيفة الأم : ماکثة بالبيت

- الحالة الاجتماعية: طفلة متكفل بها

(3) ملخص المقابلات :

لأجل جمع معلومات أكثر دقة و للإجابة عن المقياس القبلي قبل تطبيق العلاج قد تم إجراء مقابلة مع والدة الحالة و معلمتها و كذا الحضور مع الحالة في القسم أثناء الدرس قبل العلاج و بعده و كذا بعد فترة من تطبيق العلاج .

➤ المقابلات مع الأم: لقد قمنا بتطبيق ثلاث مقابلات مع أم الطفلة كانت المقابلة الأولى قبل تطبيق

العلاج و المقابلة الثانية بعده أما المقابلة الثالثة فكانت بعد فترة من العلاج. كما هي موضحة :

- قبل تطبيق العلاج: لقد تمت مقابلة مع أم الطفلة (ن) و هي أم متكفلة بالطفلة في مكتب

الأخصائية إذ أننا أولاً قمنا بالترحيب بها و شكرها على تلبية دعوتنا لها و طرح عليها بعض الأسئلة

حول سلوك طفلتها المتعلق بفرط النشاط الحركي و تشتت الانتباه حيث أنها قالت أن ابنتها كثيرة

الحركة كما أنها لا تجلس حتى أحيانا تفكر كيف لطفلة أن تتحرك هكذا ولا تتعب كما أنها لا تتمكن من

انهاء عمل تقوم به إما بخصوص أعمال منزلية أو دراسية ولها الاندفاعية اتجاه الأشياء بالإضافة إلى أنها عنيدة جدا ولا تتمكن من الجلوس لفترة طويلة و قد أفادت كذلك أنها تبكي كثيرا إذا فرضنا عليها الجلوس أو قمنا بمعاقبتها و قد أوضحت الأم أن هذا السلوك البادر من طفلتها يزعجها ، بعد الإنهاء من المقابلة قمنا بتقديم إرشادات لكيفية تعامل الأم مع طفلتها . و قمنا بتقديم مقياس قبلي للإجابة عليه.

- **بعد تطبيق العلاج:** لقد أفادت الأم أن بعد تطبيق العلاج أنه قد تغير سلوك الطفلة و تحسن عن ما كان عليه قبل ، و كذا فإن الطفلة أصبحت أقل حركة و أكثر تركيز مقارنة بما سبق ثم بعد هذا قمنا بتطبيق مقياس بعدي.

- **بعد فترة من تطبيق العلاج:** أوضحت الأم أن سلوك الطفلة بقي كما هو من فترة تطبيق العلاج و على العكس من ذلك فقد زاد تحسنا و طبقنا المقياس التتبعي

➤ **المقابلات مع المعلمة :** كذلك تم تطبيق عدة مقابلات مع المعلمة قبلها و بعديا و تتبعيا:

- **قبل تطبيق العلاج :** صرّحت المعلمة بأن الطفلة مفرطة الحركة، وُسبب إزعاجًا لزميلاتها داخل القسم، كما أنها لا تنجز المهام الموكلة إليها. إضافة إلى ذلك، تميل إلى القيام ببعض الأنشطة الجانبية مثل الذهاب لدورة المياه باستمرار ، و رفع يديها و الإشالة بهما و كذلك تحريك رجليها و عدم الجلوس على الكرسي مثل أصدقائها فأحيانا تكتب و هي شبه جالسة ، فضلا عن تأرجحها على الكرسي والتفاتتها المستمر يمينًا ويسارًا. قمنا بعدها بتقديم لها مقياس قبلي للإجابة عنه .

- **بعد تطبيق العلاج:** أفادت المعلمة أن سلوك الطفلة قد تحسن خلال هذه الفترة بشكل ملحوظ ، و أصبحت أكثر التزاما بالقيام بالأعمال و الواجبات المقدمة إليها . ثم تم تقديم لها استمارة المقياس البعدي .

- بعد فترة من تطبيق العلاج: ذكرت المعلمة أن التحسن السلوكي لدى الطفلة استمر حتى بعد انتهاء العلاج، إذ حافظت على سلوكها الإيجابي، وأصبحت أكثر تركيزاً في أداء واجباتها وأنشطتها، كما تحسنت علاقاتها مع زميلاتها بدرجة ملحوظة.

➤ الملاحظات التي تمت حول الطفلة من قبل الطالبتين :

- قبل تطبيق العلاج: لوحظ مجموعة عدة سلوكيات تشير إلى وجود فرط في الحركة و تشتت في الانتباه حيث أنها طفلة كثيرة الحركة و الاندفاعية و لا تحترم دورها في الألعاب .

- بعد تطبيق العلاج: أظهر البرنامج العلاجي المترج القائم على اللعب أن له فاعلية في التقليل من فرط الحركة و تشتت الانتباه، إذ لوحظ أن هناك تحسن في سلوك الطفلة و تخفيف في مستوى الحركة و الاندفاعية لديها.

- بعد فترة من تطبيق العلاج: استمرت الطفلة في الحفاظ على التحسن السلوكي لديها مما يدل على استمرارية فعالية العلاج.

• الحالة الرابعة :

- الاسم: لجين

- السن: 08

- الجنس: انثى

- المستوى الدراسي: السنة الاولى ابتدائي تنطيق

- نوع الاعاقة: إعاقة سمعية

- وظيفة الأب: حارس بمدرسة خاصة بالأطفال المعاقين سمعياً

- وظيفة الأم: مآكةة فف البفب

(4) ملآص المآابلات:

من أآل آمع معطفاة أآثر دقة والإآابة على المآفاة القبلف قبل آطبفق العلاآ، تم إآراء مآابلات مع أب الحالة أولا ثم اللآوء الى والدة الحالة ومعلمتها، بالإآافة إلى ملاحظة العفاةة للحالة داخل القسم و أثناء الدرس، وذلك قبل العلاآ وبعده، وكذلك بعد مرور فترة من آطبفقه.

➤ المآابلات الأولى كانت مع أب الحالة و بعدها مآابلة مع ام الحالة: لقد قمنا بآطبفق

ثلاث مآابلات مع أب الحالة أم الطفلة كانت المآابلة الأولى قبل آطبفق العلاآ مع الاب و

المآابلة الثانية بعده أما المآابلة الثالثة فكانت بعد فترة من العلاآ. كما هف موضحه

- قبل آطبفق العلاآ : لقد تمت مآابلة مع أب الحالة كونه آارس بمدرسة آاصة بالأطفال المعاقفنف سمعفا بعدها بأم الطفلة فف مآآب الأآصائفة إذ أننا أولا قمنا بالآرففب به و شكره على آآصفص وقت لنا و طرآنا عفله عدة أسئلة آول سلوك طفله المتعلق بفرط النشاط الآركف و آآآت الانتباه إذ أنه أكد لنا أن ابنته كآفيرة الآركة و لا آآهف اعمالها و آآى عندما آلعب مع أآوها فإنها آفعل سلوكفاة كمهاآمته آآى مع أطفال عمها ولا آآمكن من الآلوس لفترة طوفلة و قد أفاد كذلك بأن كل من فف البفب ففنزعبون من آصرفاتها كما أكد كذلك أن امها فف آالب الأآفان تقوم بضربها معآقده أنه فساهم فف آعدفل سلوكها ، و فف آآام المآابلة قمنا بآقدفم مآموعة من إرشادات للاب لكفففة آعامله معها.

- بعد آطبفق العلاآ: كانت مآابلة بآضور الأم أشارت الأم بعد المآابلات التي كانت قبل آطبفق

العلاآ أن لوطآ آآسن نسبف فف سلوك الطفلة مآارنة بما كان عفله سابقا، آفآ أصبحت أقل آركة

و أكثر آآرانا .

– بعد فترة من تطبيق العلاج: أوضحت الأم أن سلوك الطفلة استمر على نفس المستوى الذي وصلت إليه بعد العلاج، بل ولاحظت مزيدا من التحسن مع مرور الوقت.

➤ المقابلات مع المعلم : كذلك تم تطبيق عدة مقابلات مع المعلم قبلها وبعديا و تتبعيا:

– قبل تطبيق العلاج: لقد صرح المعلم أن الطفلة كثيرة الحركة كما انها تثير الفوضى و تزعج زملائها في القسم و لا تبالي بالمعلم اذا ناداها فقط تريد ان تدور في القسم او تصفق في أي وقت و تذهب لتبري قلم الرصاص في كل ثانية كما تذهب الى المرحاض عندما يشرح الاستاذ فإنها تشوش على نفسها وعلى المعلم وعلى زملائها في القسم .

– بعد تطبيق العلاج: اكد المعلم أن الطفلة قد تعدل سلوكها بعد هذه المدة، كما انبهر من هذه النتيجة التي كانت قد تشبه المستحيل ، فإنها خفت حركتها بالإضافة الى أنها قلت من استخدام المرحاض أثناء شرح الدرس و تقوم بواجبها في حين اعطاها المعلم واجب في القسم فتباشر بالفور بحله و كذلك اوقفت بري قلم الرصاص فكانت تلميذة مهذبة ففوجئت بالتغيير.

– بعد فترة من تطبيق العلاج: أكد المعلم أن سلوك الطفلة استقر و لم يشهد أي تراجع بعد العلاج، بل حافظت على المكتسبات التي حققتها ، كما اصبحت أكثر تركيزا في أداء واجباتها و انشطتها، إضافة إلى تحسن نسبي في علاقتها مع زميلاتها في القسم .

➤ الملاحظات التي تمت حول الطفلة:

– قبل تطبيق العلاج: إن تسجيل مجموعة من السلوكيات التي تدل على وجود فرط الحركة و تشتت الانتباه، حيث كانت الطفلة كثيرة الحركة، الاسم لجين بالاندفاعية و لا تلتزم دورها أثناء اللعب.

– بعد تطبيق العلاج: أظهر البرنامج العلاجي القائم على اللعب فعالية واضحة في التخفيف من حدة فرط الحركة و تشتت ، اذ لوحظ تحسن في سلوك الطفلة و انخفاض في مستوى الحركة و الاندفاعية لديها .

- بعد فترة من تطبيق العلاج: حافظت الطفلة على التحسن السلوكي الذي اكتسبته، مما يعكس استمرارية فعالية العلاج و نجاحه على المدى المتوسط.

• الحالة الخامسة :

- الاسم : أيوب

- السن : 11 سنة

- الجنس : ذكر

- المستوى الدراسي: سنة اولى ابتدائي

- نوع الاعاقة : إعاقة سمعية

- وظيفة الأب : /

- وظيفة الأم: مائكة في البيت

(5) ملخص المقابلات:

من خلال جمع المعلومات الدقيقة و الاجابة على المقياس القبلي قبل تطبيق العلاج قد تم اجراء مقابلة مع ام الحالة و معلمته، بالإضافة إلى حضورنا في القسم مما اتضح العديد من الملاحظات خاصة أثناء الدرس و كذلك قبل العلاج و بعده و بعد فترة من تطبيق العلاج .

➤ المقابلات مع الأم: لقد قمنا بتطبيق ثلاثة مقابلات مع ام الطفلة كانت المقابلة الأولى قبل تطبيق

العلاج و المقابلة الثانية بعده اما المقابلة الثالثة فكانت بعد فترة من العلاج كما هي في الآتي:

- قبل تطبيق العلاج: لقد كانت مقابلة مع ام الطفل أيوب في مكتب الأخصائية النفسية فبدأة قمنا

بالترحيب بها و شكرها على مجيئها و تلبية دعوتنا لها ، وبادرئ بطرح أسئلة متعددة عليها حول سلوك

طفلها المتعلق بفرط النشاط و تشتت الانتباه حيث يتسم بكثرة الحركة وعدم القدرة على البقاء في مكان

واحد لفترة طويلة، فيتنقل باستمرار بين الغرف أو الأنشطة دون إتمامها. كما يعاني من تشتت الانتباه، إذ يصعب عليه التركيز أثناء أداء الواجبات المنزلية أو متابعة التعليمات، وغالبًا ما ينسى ما يُطلب منه أو يضيع أغراضه الشخصية. إضافة إلى ذلك، يظهر سلوك اندفاعي، والتصرف دون تفكير في العواقب، وصعوبة انتظار دوره. وقد يواجه أيضًا صعوبة في الالتزام بالروتين اليومي كأوقات النوم و الأكل، و بعد الانتهاء من المقابلة قمنا بتزويد الأم بنصائح عملية لتحسين تعاملها مع طفلها.

- **بعد تطبيق العلاج:** صرحت الام إن بعد تطبيق العلاج قد تغير سلوك الطفل قليلا نحو الأحسن و تحسن عن ما كان عليه قبل و قل من الحركة الزائدة له.

- **بعد فترة من تطبيق العلاج:** أوضحت الأم أن سلوك طفلها على تحسن نحو الأفضل و قلت حركاته و لم يعد متشتتا عند قيامه بعمل فيقوم به على اكمل وجه.

➤ **المقابلات مع المعلمة:** كذلك تم تطبيق عدة مقابلات مع المعلمة قبلها و بعديا و تتبعيا:

- **قبل تطبيق العلاج:** ابدت المعلمة رأيها حيث يتميز بكثرة الحركة داخل القسم وعدم قدرته على الجلوس في مكانه لفترة طويلة، مما يجعله يتنقل باستمرار ويشتت انتباه زملائه. كما يعاني من ضعف في التركيز أثناء شرح الدرس، إذ يبدو غير متابع للدروس وسريع التشتت بأي مؤثر خارجي مثل الأصوات أو الحركات. إضافة إلى ذلك، يتسم بسلوك اندفاعي يتمثل في مقاطعتها ، كما يواجه صعوبة في إنجاز المهام الدراسية بشكل كامل.

- **بعد تطبيق العلاج:** لقد افادت المعلمة ان الطفل أيوب قد ظهر عليه تغيير في سلوكه بعد هذه المدة ، بالإضافة إلى خفت حركته و اصبح لا يتأثر بأي مثير خارجي و لا يجد صعوبة في إنجاز مهامه الدراسية.

- بعد فترة من تطبيق العلاج: لقد افادت المعلمة ان الطفل أيوب قد ظهر عليه تغيير في سلوكه بعد هذه المدة ، بالإضافة إلى خفت حركته و اصبح لا يتأثر بأي مثير خارجي و لا يجد صعوبة في إنجاز مهامه الدراسية

➤ الملاحظات التي تمت حول الطفل:

- قبل تطبيق العلاج: لقد تم ملاحظة سلوكيات الطفل المتمثلة في وجود فرط الحركة و تشتت الانتباه بأنه كثير الحركة مع أنه في سن لا تكون له هذه السلوكيات الا انه اظهر العكس بأنه مندفع بشكل مستمر و يهاجم عندما لا يكون دوره.

- بعد تطبيق العلاج: لقد اظهر العلاج القائم على اللعب أن له فاعلية في تخفيف فرط الحركة و تشتت الانتباه، حيث اننا لاحظنا أن سلوك الطفل بدى عليه التحسن و خف مستوى الحركة و الاندفاعية له.

- بعد فترة من تطبيق العلاج: لقد حافظ الطفل أيوب على تحسن السلوك لديه مما أظهر لنا بأن العلاج لديه فاعلية.

• الحالة السادسة:

- الاسم: بشرى

- السن: 13

- الجنس: انثى

- المستوى الدراسي: السنة الثالثة إبتدائي

- نوع الإعاقة: إعاقة سمعية

- وظيفة الأب: متقاعد

- وظيفة الأم: مأكثة في البيت

(6) ملخص المقابلات:

لتحصيل معلومات أدق والإجابة على المقياس القبلي بطريقة أكثر وضوحًا ودقة قبل تطبيق العلاج قد تم مقابلة مع والد الحالة و معلمتها و قمنا بمرافقة الحالة داخل القسم خلال الحصة الدراسية قبل العلاج و بعده و كذلك بعد فترة من تطبيق العلاج .

➤ لمقابلات مع الأب : لقد قمنا بتطبيق ثلاث مقابلات مع الأب الطفلة كانت المقابلة الاولى قبل تطبيق العلاج و المقابلة الثانية بعد فترة من العلاج. كما هي موضحة:

- قبل تطبيق العلاج: تم إجراء مقابلة مع والد الطفلة في مكتب الأخصائية إذ أننا أولاً قمنا باستقباله و شكره على تلبية دعوتنا لنا وتمت بعدها مناقشته من خلال مجموعة من الأسئلة التي تخص سلوك طفلته. بالتالي الطفلة تعاني من ضعف في التركيز وتشتت الانتباه أثناء أداء المهام اليومية، مما يجعلها تحتاج إلى تكرار التعليمات وتبسيطها بشكل واضح. وبسبب الإعاقة السمعية، قد لا تستجيب بسرعة للنداء أو التوجيهات اللفظية، مما يخلق صعوبات في التواصل داخل الأسرة. وقد يلاحظ عليها أيضًا بعض نوبات الانفعال أو الإحباط عند عدم فهم ما يُطلب منها أو عند عدم قدرتها على التعبير عن احتياجاتها، لكنها رغم ذلك قد تُظهر استجابة أفضل عندما يتم دعمها بالوسائل البصرية والإشارات داخل بيئة منزلية منظمة وهادئة.

- بعد تطبيق العلاج: أفاد الأب بأنه بعد تطبيق العلاج، طرأ تحسن طفيف على سلوك الطفلة، حيث أصبح أكثر استقرارًا مقارنة بالسابق.

- بعد فترة من تطبيق العلاج: أوضح الأب أن سلوك الطفلة بقي كما هو و تحسنت للأفضل و زادت إلى الأفضل من حيث السلوك و من حيث النشاط و الاندفاعية.

➤ المقابلات مع المعلمة: كذلك تم تطبيق عدة مقابلات مع المعلمة قبلها و بعدها و تتبعيا :

- قبل تطبيق العلاج: أدلت المعلمة بتصريح يفيد بأن الطفلة تواجه صعوبة في اتباع التعليمات اللفظية نتيجة الإعاقة السمعية، مما يجعل استجابتها للتوجيهات أقل وضوحًا أو متأخرة أحيانًا، خصوصًا إذا لم تُدعم بالإشارات أو الوسائل البصرية. وقد تنتقل بسرعة بين الأنشطة دون إكمالها، وتحتاج إلى تكرار التعليمات وتبسيطها.

- بعد تطبيق العلاج: صرحت المعلمة ان سلوك الطفلة لم يتغير بعد العلاج فقد حافظت على سلوكها و أصبحت تستجاب للتوجيهات مما أصبحت تكمل انشطتها و إكمالها بالإضافة اعطت لنفسها فرصة و التقرب لزميلاتها مما جعلتها تتحسن.

- بعد فترة من تطبيق العلاج: اكدت المعلمة ان الطفلة بشرى كانت لها قابلية للعلاج و توضح انها تحب المشاركة في النشاطات و عدم تشتتها في قيام بنشاطها حتى تكمله و علاقتها تحسنت للأفضل مع زميلاتها.

➤ الملاحظات التي تمت حول الطفلة:

- قبل تطبيق العلاج: لقد تم ملاحظة عدة سلوكيات تبين أن الطفلة بوجود فرط الحركة و تشتت الانتباه حيث انها كثيرة الحركة و متأخرة دائما في القيام بنشاطاتها كما انها تحب المشاركة لكن تحبط عندما تتأخر كذا فإن الطفلة تمشي بهرولة و لا تنتبه للأشياء التي أمامها حتى أحيانا تصطدم بهم كذا فإنها تحب أن تكون هي دائما التي تبدأ بالنشاطات أثناء اللعب .

- بعد تطبيق العلاج: لقد بين العلاج القائم على اللعب أن له فاعلية في تخفيف فرط الحركة و تشتت الانتباه حيث اننا لاحظنا أن سلوك الطفلة تحسن و خفض من مستوى الحركة و الاندفاعية.

- بعد فترة من تطبيق العلاج: كان للبرنامج العلاجي فاعلية و اظهر من خلال تحسن سلوك الطفلة

ثانياً: التذكير بفرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية: للبرنامج العلاجي القائم على اللعب فاعلية في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الطفل المعاق سمعياً.

الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق ذات بين متوسطات افراد مجموعة العينة في القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم.
- توجد فروق ذات بين متوسطات افراد مجموعة العينة في القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم.
- لا توجد فروق ذات بين متوسطات افراد مجموعة العينة في القياس البعدي و القياس التتبعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم.
- لا توجد فروق ذات بين متوسطات افراد مجموعة العينة في القياس البعدي و القياس التتبعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير الوالدين.
- يوجد أثر للبرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

ثالثا: عرض نتائج الدراسة:**1. عرض نتائج الفرضية الرئيسية :**

التذكير بنص الفرضية الرئيسية : للبرنامج العلاجي القائم على أساليب اللعب فاعلية في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الطفل المعاق سمعيا.

لقد تم التوصل في نهاية الدراسة و بعد تطبيق البرنامج العلاجي و تطبيق المقاييس إلى نتائج مفادها ان للبرنامج العلاجي القائم على اللعب فعالية في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الاطفال المعاقين سمعيا، محل الدراسة وهي العينة المستهدفة ، و من أجل تأكيد صحة هذا الطرح قمنا بعرض لنتائج الفرضيات التي تم طرحها مسبقا كإجابة لمبدئية لتساؤلات الدراسة، حيث اعتمدنا على التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي و تتبعي للمتغيرات من أجل إظهار الفروق بين القياسين و فيما يلي عرض لنتائج الفرضيات الفرعية :

2. عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

التذكير بنص الفرضية الفرعية الأولى :توجد فروق بين افراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركي في القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كورنر تقدير المعلم.

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب معامل و لُوكسون (Wilcoxon) لدراسة الفرق بين

القياس القبلي و القياس البعدي في مستوى تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى أفراد المجموعة

التجريبية على مقياس المعلم وتم التوصل الى النتائج الموضحة في الجدول الموالي:

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل ويلكوكسون لدراسة الفرق بين عينتين

مرتبطتين كما هو موضح في الجدول الاتي:

جدول رقم(07) يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في القياسين القبلي و البعدي

لمستوى تشتت الانتباه و فرط الحركة لقياس المعلم .

المتغير	العينة	القياس البعدي		القياس القبلي		Z	مستوى الدلالة	الدالة المعنوية
		المتوسط حسابي	الانحراف معياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
فرط نشاط الحركة	6	25	6.66	49.67	6.18	-2,20	0.02	دالة احصائيا

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن متوسط درجات الأفراد في القياس القبلي بلغ (49.67) مقابل

(25) في القياس البعدي عند قيمة معامل (Z) مقدر ب(-2,2) ومستوى الدلالة 0.02 وهي قيمة اصغر

من الدلالة المعنوية 0.05، ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد

المجموعة في القياسين القبلي و البعدي قياس معلم لمستوى فرط نشاط الحركة لدى الأطفال ذوي الإعاقة

السمعية لصالح القياس البعدي

التذكير بنص الفرضية الثانية: توجد فروق بين افراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في القياس القبلي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كورنرز تقدير الوالدين .

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل ويلكوكسون لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين كما هو موضح في الجدول الاتي:

جدول رقم(08) يمثل الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في القياسين القبلي و البعدي لمستوى تشتت الانتباه و فرط نشاط الحركة لقياس الوالدين .

المتغير	العينة	القياس البعدي		القياس القبلي		Z	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
فرط نشاط الحركة	6	34.67	6.9	72.17	15.14	-2,20	0.02	دالة احصائيا

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) نلاحظ أن متوسط درجات الأفراد في القياس القبلي بلغ (72.17) مقابل (34.67) في القياس البعدي عند قيمة معامل (Z) مقدر ب(-2،2) ومستوى الدلالة 0.02 وهي قيمة اصغر من الدلالة المعنوية 0.05 ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسين القبلي و البعدي قياس الوالدين لمستوى فرط نشاط الحركة لدى الأطفال ذوي اعاقة سمعية لصالح القياس البعدي.

التذكير بنص الفرضية الثالثة : لا توجد فروق بين افراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في القياس البعدي و القياس التتبعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم.

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل ويلكوكسون لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين كما هو موضح في الجدول الاتي:

الجدول رقم(09) يمثل الفروق في متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسين البعدي و التتبعي لمستوى تشتت الانتباه و فرط الحركة لقياس المعلم .

المتغير	العينة	القياس التتبعي		القياس البعدي		Z	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
فرط نشاط الحركة	6	25.67	6.1	25	6.6	-1,13	0.2	ليست دالة احصائيا

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن متوسط درجات الأفراد في القياس البعدي بلغ (25) مقابل (25.67) في القياس التتبعي عند قيمة معامل (Z) مقدر ب(-1.13) ومستوى الدلالة 0.2 وهي قيمة

أكبر من الدلالة المعنوية 0.05 ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسين البعدي و التتبعي قياس المعلم لمستوى فرط نشاط الحركة لدى الاطفال ذوي الاعاقة السمعية.

التذكير بنص الفرضية الرابعة: لا توجد فروق بين افراد مجموعة العينة و اضطراب تشتت الانتباه و فرط الحركة في القياس البعدي و القياس التتبعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير الوالدين.

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل ويلكوكسون لدراسة الفروق بين عينتين

مرتبطتين كما هو موضح في الجدول الاتي:

الجدول رقم(10) يمثل الفروق في متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسين البعدي و التتبعي لمستوى تشتت الانتباه و فرط الحركة لقياس الوالدين .

المتغير	العينة	القياس التتبعي		القياس البعدي		Z	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
فرط نشاط الحركة	6	34.8	8.6	34.6	6.9	0.00	0.1	ليست دالة احصائيا

نلاحظ من خلال الجدول(10) أن متوسط درجات الأفراد في القياس البعدي بلغ (34.6) مقابل (34.8) في القياس التتبعي عند قيمة معامل (z) مقدر ب(0.00) ومستوى الدلالة 0.1 وهي قيمة أكبر من الدلالة المعنوية 0.05 ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد المجموعة في القياسين البعدي و التتبعي قياس الوالدين لمستوى فرط نشاط الحركة لدى الاطفال ذوي الاعاقة السمعية.

التذكير بنص الفرضية الخامسة:

رابعاً: مناقشة نتائج الدراسة : يوجد أثر للبرنامج العلاجي القائم على أساليب اللعب في التخفيف

من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

و للتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا معامل ويلكولسون لدراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين

بالإضافة الى حساب حجم الاثر البرنامج العلاجي القائم على اللعب عن طريق المعادلة. كما هو موضح

في الجدول الآتي:

الجدول رقم (11) يوضح اثر البرنامج العلاجي القائم على اللعب في خفض مستوى فرط الحركة

وتشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعياً .

نوع القياس	العينة	Z	حجم الاثر	مستوى الدلالة	الدلالة المعنوية
قياس المعلم	6	-2.2	0.9	0.02	دالة احصائيا
قياس الوالدين	6	-2.2	0.9	0.02	

نلاحظ من خلال الجدول (11) ان قيمة Z لكل من قياس المعلم و قياس الوالدين قدرت ب-2.2- عند

مستوى الدلالة 0,02 وهما قيمتان اصغر من الدلالة المعنوية 0.05 ،ومنه نستنتج أنه يوجد اثر

للبرنامج العلاجي القائم على اللعب في خفض مستوى فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الاطفال ذوي

الإعاقة السمعية بحجم اثر قدر ب0.9 .

1. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرئيسية:

تشير نتائج الفرضية الرئيسية التي تم طرحها مسبقاً إلى: وجود فعالية للبرنامج العلاجي المقترح القائم على أساليب اللعب في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الاطفال المعاقين سمعياً ، وهي تعتبر بمثابة المدخل الأساسي للدراسة، إذ أننا توقعنا من خلالها أن للبرنامج العلاجي فعالية و قد تبين من خلال النتائج المتوصل إليها بعد المعالجة الإحصائية للبيانات أن البرنامج العلاجي القائم على اللعب فعلاً ساهم في التخفيف من مستوى فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى عينة الدراسة و المتمثلة في الأطفال المعاقين سمعياً الذين قد طبقت عليهم أنشطة البرنامج العلاجي و رجع نجاح البرنامج أيضاً إلى استخدام مجموعة أنشطة و استراتيجيات مما ساعد في تخفيف الفط الحركي و تشتت الانتباه حيث أن كل نشاط من أنشطة اللعب لها دور فعال ، و يمكن مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرئيسية من خلال محتوى هذه الاستراتيجيات. و يعتمد هذا الأسلوب على فكرة أن اللعب يعد أداة فعالة للتعبير عن المشاعر و يساعد الاطفال على تعديل سلوكياتهم هذا من خلال انشاء بيئة ممتعة، إذ أن العلاج باللعب يزيد من دافعية الأطفال و يزيد من تركيزهم و يقلل من حركتهم.

كما أن العلاج باللعب يتيح كذلك للمعالجين فرصة لتقييم سلوكيات الاطفال و مراقبتهم، مع ذلك يجب مراعات أن فعالية هذا النوع من العلاج قد تختلف بين الاطفال لذا من الضروري دمج تقنيات متعددة لضمان تلبية احتياجات كل طفل.

حيث كانت نتائج ايجابية فيما يخص فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للوصول الى هذه الفرضية قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس كورنرز قبل تطبيق العلاج و بعدها قمنا بتطبيق قياس بعدي و نتبعي لنفس المقياس .

و لتوضيح أكثر لنتائج الدراسة قمنا بصياغة خمس فرضيات فرعية سيتم مناقشتها بشكل متسلسل كما يلي:

2. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية لأولى :

و التي تنص على : " على أنه توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة في القياس القبلي و القياس البعدي لتشتت الانتباه و فرط الحركة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كورنز تقدير المعلم".

و قد اتضح من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات المتحصل عليها و المبوبة في الجدول رقم (07) إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات أفرادالمجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كورنز تقدير المعلم .

من خلال هذا نلاحظ انخفاض في مستوى فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى عينة الدراسة و المتمثلة في الاطفال المعاقين سمعيا ، حيث أن العلاج باللعب أحدث فرقا بين القياس القبلي و البعدي في قياس كورنز نسخة المعلم إذ أن العلاج باللعب له تأثير في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا .

لذا من المهم الإكثار مثل هذه الأنواع من العلاجات خاصة مع هذه الفئة حيث أنه ساهم في تحقيق نتائج إيجابية .

و بالعودة إلى الأدبيات السابقة على الرغم من ندرتها إلا أنه نجد عدد قليل من الدراسات التي إعتمدت على مثل هذه العلاجات خاصة مع فئة المعاقين سمعيا.لكن في المقابل نجد دراسات اخرى تم اعتماد هذا النوع من البرامج على عينة من الأطفال العاديين، من بينها دراسة (janatian s All,2009) والتي أوضحت أن هناك فعالية في العلاج القائم على التوجه السلوكي المعرفي في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة كذلك فعالية في تحسين سلوك الأطفال الذكور .

بالإضافة إلى دراسة دراسة (زعرون، و آخرون 2021) و التي أوضحت الدراسة أن البرنامج العلاجي القائم على اللعب ناجح في التحسين من اضطراب فرط النشاط الحركة لدى أطفال المدارس إذ إتضح هذا من خلال المقياس القبلي و و البعدي و أن النتائج كانت لصالح القياس البعدي

إذن: بناء على هذه الدراسات نستطيع القول أن العلاج باللعب يعد وسيلة مهمة و فعالة لتحسين المشاكل و الاضطرابات المتعلقة بالجانب السلوكي لدى الأطفال ذوي فرط الحركة و تشتت الانتباه و خاصة عند الاطفال المعاقين سمعياً و هذا راجع إلى حالتهم الخاصة التي تتطلب الكثير من هذا النوع من العلاجات التي تعتمد بالدرجة الأولى على على الارشادات الغير لفظية الصورة و غيرها .

3. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية :

و التي تنص على : " على أنه توجد فروق درجات أفراد مجموعة العينة في القياس القبلي و القياس البعدي لتشتت الانتباه و فرط الحركة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير الوالدين ".

من خلال الجدول (08) أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس كونرز لتقدير الوالدين، حيث كانت هذه الفروق لصالح القياس البعدي، و هذا ما يعكس فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية . إذ يرجع هذا التحسن الأثر الإيجابي الذي أحدثه البرنامج بعد تطبيقه، فنجد أن مستوى فرط الحركة لدى العينة قد انخفض في المقياس البعدي مقارنة بالمقياس القبلي ، مما يشير إلى تراجع الأعراض التي يقيسها المقياس وتحسن مستوى الاضطراب لديهم .

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال طبيعة العلاج باللعب ذاته، إذ يعد هذا الأخير الوسيلة الأساسية التي يعبر الطفل من خلالها عن مشاعره وصراعاته الداخلية بطريقة تلقائية وغير مباشرة، لذلك فإنه يسمح للطفل بالتنفيس الانفعالي.

كما يمكن تفسير النتائج أيضا بأن البرنامج العلاجي اعتمد على أنشطة لعبية هادفة ومخططة تتناسب مع خصائص المرحلة العمرية للأطفال و خاصتا تتناسب مع نوع الاعاقة لديهم (الاعاقة السمعية) ، الأمر الذي ساعد على زيادة دافعيتهم للمشاركة والتفاعل داخل الجلسات العلاجية. فالأنشطة القائمة على اللعب تخلق جوا من المتعة والاندماج، مما يجعل الطفل أكثر استعدادا للاستجابة للتوجيهات والتدريبات المقدمة خلال البرنامج. وهذا ما أدى إلى تنمية بعض المهارات النفسية والسلوكية المهمة مثل الانتباه، التركيز، التحكم في الاندفاعية، والقدرة على ضبط السلوك و تقليل الحركة .

إضافة إلى ذلك، فإن اللعب يساعد الطفل على تعلم أنماط جديدة من السلوك من خلال التفاعل والممارسة، حيث تساهم الألعاب الجماعية والفردية في تعزيز مهارات التواصل، وتنمية القدرة على الانتظار واحترام القواعد، والتقليل من السلوكيات الفوضوية أو العدوانية. كما أن التكرار المستمر للأنشطة داخل الجلسات العلاجية ساعد الأطفال على اكتساب استجابات أكثر توافقاً، وهو ما انعكس بشكل واضح في نتائج القياس البعدي.

ويمكن القول إن التحسن الذي أظهرته نتائج الدراسة يعكس كذلك ملاءمة البرنامج العلاجي لاحتياجات أفراد العينة، حيث روعي في تصميمه التنوع في الفنيات والأنشطة المستخدمة، بما يسمح بالحفاظ على انتباه الأطفال وإثارة اهتمامهم طوال فترة التطبيق. كما أن البيئة العلاجية القائمة على اللعب غالبا ما تمنح الطفل شعوراً بالراحة والأمان النفسي، الأمر الذي يساعد على خفض التوتر وتحسين مستوى التفاعل داخل الجلسات.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة التي أكدت فعالية العلاج باللعب في تحسين سلوك الأطفال. ففي دراسة (جمادة و جدع 2022) حيث توصلت النتائج إلى وجود اختلاف في القياس القبلي و القياس البعدي و هذا لصالح القياس البعدي مما أضح أن للبرنامج العلاجي فاعلية .

كذلك أشارت دراسة و في نفس السياق نجد دراسة (قارج و قارة 2019) حيث توصلت إلى أن للعب فعالية في خفض فرط الحركة .

وعليه، فإن النتائج الحالية تؤكد أن البرنامج العلاجي القائم على اللعب كان فعالا ، حيث أسهم في تحسين السلوك والتخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه و ظهر هذا من خلال مقياس كونرز البعدي . كما تدعم هذه النتائج أهمية توظيف العلاج باللعب في المجال العيادي.

4. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة :

تنص الفرضية الفرعية الثالثة : "لا توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة في القياس البعدي و التتبعي لتشتت الانتباه و فرط الحركة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير المعلم". و من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموضحة في الجدول (09) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس كونرز فيما يتعلق بمستوى فرط الحركة وتشتت الانتباه بعد تطبيق البرنامج العلاجي الممثل في العلاج باللعب ، وهذا يعني أن التحسن الذي ظهر لدى الأطفال في القياس البعدي استمر كذلك خلال فترة المتابعة، دون حدوث أي تراجع أو انتكاس في الأعراض. حيث أن هذه النتيجة تعد مؤشراً إيجابياً على فعالية البرنامج العلاجي واستمرارية أثره مع مرور الزمن.

كما أن تفسير هذه النتيجة يشير إلى أن البرنامج العلاجي لم يقتصر تأثيره على إحداث تحسن مؤقت، بل ساهم في إكساب الأطفال مجموعة من المهارات السلوكية والمعرفية التي ساعدتهم على التحكم في سلوكيات فرط الحركة وتحسين الانتباه بصورة أكثر استقراراً. و إن اعتماد البرنامج على التكرار والتدريب المستمر، إلى جانب تعزيز السلوكيات الإيجابية، قد أدى إلى ترسيخ التغيرات السلوكية لدى الأطفال، مما جعل أثر البرنامج يستمر حتى في مرحلة المتابعة.

وتتفق هذه النتيجة مع الفرضية التي تم طرحها من قبل الطالبتين مسبقاً

ومن ناحية أخرى، فإن عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي يدل على أن البرنامج العلاجي حافظ على مستوى التحسن الذي تحقق بعد انتهاء التطبيق، وهو ما يعكس نجاحه في تحقيق أهدافه العلاجية على المدى القريب والمتوسط. وهذا يعزز أهمية التدخلات العلاجية المبكرة والمنظمة في التخفيف من أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه وتحسين التوافق النفسي والسلوكي للأطفال.

وفي ضوء هذه النتائج، يمكن القول إن البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة يتمتع بدرجة جيدة من الفعالية والاستمرارية، الأمر الذي يدعم إمكانية الاستفادة منه في المؤسسات التربوية والعيادات النفسية التي تهتم بالأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

و في هذا السياق لقد ظهرت بعض الدراسات السابقة التي حتى ولو أنها لم تتطرق إلى نفس الفرضية بدقة إلى أنها كانت تتماشى معها و من بين هذه الدراسات نجد دراسة (سعاد رباحي 2011) حيث توصلت إلى أنه يؤثر البرنامج التدخلي العلاجي باللعب في خفض الاضطرابات السلوكية (العدوانية ، الافراط الحركي) . بالاضافة على دراسة (منى درويش و آخرون 2022) و التي أوضحت نتائجها على فاعلية برنامج اللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال .

كذا دراسة (marzie hashen et all 2018) فقد أسفرت النتائج على أن العلاج باللعب قصير المدى للأطفال كان فعالا في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه .

5. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة :

تنص الفرضية الفرعية الرابعة: "لا توجد فروق بين أفراد مجموعة العينة في القياس البعدي و التتبعي لتشتت الانتباه و فرط الحركة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس كونرز تقدير الوالدين" .

من خلال المعالجة الاحصائية للبيانات الموضحة في الجدول (10) يمكن تفسير هذه النتيجة بأن التحسن الذي تحقق بعد تطبيق البرنامج لم يكن مؤقتا أو لحظيا ، بل امتد أثره إلى فترة المتابعة، مما يدل على ثبات واستقرار التغيرات السلوكية التي حدثت لدى أفراد العينة. ويُعزى ذلك إلى أن العلاج باللعب يوفر خبرات تعلم وتجارب تفاعلية تساعد الطفل على اكتساب أنماط سلوكية جديدة أكثر توافقاً، يتم ترسيخها من خلال التكرار والممارسة داخل الجلسات العلاجية، مما يجعلها أكثر استقراراً واستمرارية حتى بعد انتهاء البرنامج.

كما يمكن تفسير ثبات النتائج إلى أن البرنامج العلاجي صُمم بطريقة تراعي خصائص الأطفال المعاقين سمعياً، حيث يعتمد هذا النوع من البرامج على الأنشطة البصرية والحركية والتفاعل العملي، وهو ما يتناسب مع طبيعة هؤلاء الأطفال الذين يعتمدون بشكل أكبر على القنوات غير السمعية في التعلم

والتفاعل. وبالتالي فإن التعلم القائم على اللعب كان أكثر رسوخاً لديهم مقارنة بالأساليب اللفظية التقليدية، مما ساعد على استمرار أثره في القياس التتبعي.

إضافة إلى ذلك، فإن غياب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي يدل على أن التغير الذي حدث في السلوك لم يكن ناتجاً عن تأثير مؤقت أو ظرفي، بل يعكس اكتساباً حقيقياً لمهارات تنظيم السلوك والانتباه وضبط الاندفاعية، وهي من الجوانب التي يقيسها مقياس كونرز. وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج في إحداث تغيير مستدام في السلوك.

وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة التي أكدت استمرارية أثر العلاج باللعب لدى الأطفال. حيث أظهرت (Robert C. Reid et al. 2016) حيث توصلت نتائجها إلى أنه العلاج باللعب حافظ على أثره و ظهر هذا من خلال القياس البعدي و القياس التتبعي و كان لصالح القياس التتبعي .

و دراسة (خضر و الدبابنة، 2025) و التي توصلت إلى نتائج مفادها أن العلاج باللعب له أثر في تقليل سلوكيات النمطية المتكررة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، كذا توصلت إلى نتائج أنه و حتى بعد شهرين من انتهاء العلاج بقي أثره مستمر .

وفي السياق نفسه، أشارت دراسة (arzgary; zamimi 2011) و التي توصلت إلى نتائج مفادها أن العلاج باللعب يكون فعالاً في علاج الأطفال المصابين بإضطراب فرط الحركة و نقص الإنتباه .

وبناء على ذلك، يمكن القول إن عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي يعكس نجاح البرنامج العلاجي القائم على اللعب في تحقيق أثر علاجي مستمر لدى الأطفال المعاقين سمعياً ، مما يؤكد فعاليته ليس فقط في إحداث التحسن، بل أيضاً في الحفاظ على استمراريته عبر الزمن، وهو ما يعد مؤشراً مهماً على جودة وفعالية التدخل العلاجي.

6. مناقشة الفرضية الفرعية الخامسة:

تنص الفرضية الفرعية الخامسة : "يوجد أثر للبرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من تشتت الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال المعاقين سمعياً."

لقد أوضحت لمعالجة الاحصائية للبيانات الموضحة في الجدول (11) و من خلال نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي للبرنامج العلاجي القائم على اللعب في التخفيف من أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى

الأطفال المعاقين سمعياً، وهذا ما يؤكد لنا صحة الفرضية المطروحة. ويمكن تفسير هذه النتيجة أن اللعب هو من أكثر الأدوات لعلاجية ملائمة لهذه الفئة، حيث يسمح للطفل بالتعبير عن ذاته والتفاعل مع محيطه بطريقة غير لفظية تعتمد على الحركة والإشارة والتواصل البصري، وهي وسائل تتناسب مع خصائص الإعاقة السمعية.

وقد ساهمت الأنشطة المندرجة تحت العلاج باللعب الموجهة في استثمار الطاقة الحركية الزائدة لدى الأطفال ضمن إطار منظم، مما أدى إلى تحسين قدرتهم على التركيز والانتباه والتقليل من السلوك الاندفاعي. وتنسجم هذه النتيجة مع ما جاءت به النظريات النفسية، خاصة النظرية السلوكية التي تؤكد فعالية التعزيز والتدريب في تعديل السلوك، إضافة إلى نظرية (Jean Piaget) التي ترى أن اللعب وسيلة أساسية للنمو المعرفي وتنمية الوظائف العقلية لدى الطفل.

كما تتفق نتائج الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة التي أكدت فعالية البرامج العلاجية القائمة على اللعب في تحسين الانتباه وخفض فرط الحركة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ورغم ذلك، فإن فعالية البرنامج قد تختلف تبعاً لعدة عوامل مثل درجة الإعاقة السمعية، وشدة الاضطراب، ومدة تطبيق البرنامج، ومدى تعاون الأسرة والمؤسسة التربوية، الأمر الذي يستدعي الاهتمام بتوفير بيئة علاجية وتربوية متكاملة لضمان تحقيق أفضل النتائج الممكنة حيث أنه من بين هذه الدراسات نجد دراسة (رزوق، و آخرون 2023) إذ توصلت أنه للعب دور في تخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى أطفال الروضة.

كذا دراسة (محمد كريع 2021) و التي أوضحت نتائجها أن هناك تأثير للألعاب الصغيرة الرياضية في التقليل من أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى تلاميذ المتوسط .

بالإضافة إلى دراسة (reza et all 2021) و التي أظهرت نتائج تحليل البيانات أن العلاج باللعب كان فعالاً بشكل ملحوظ في تقليل المشكلات السلوكية وتقليل نقص الانتباه وفرط النشاط لدى أطفال المرحلة الابتدائية، كما ساهم في خفض المشكلات السلوكية وشدة أعراض فرط النشاط.

إستنتاج عام :

و بالنظر الى هذه الدراسات يمكن استنتاج أن العلاج باللعب ليس فقط أداة فعالة لتحسين التركيز والانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا المصابين بفرط النشاط وتشتت الانتباه، بل يساهم أيضًا في تفاعلهم الاجتماعي و اندماجهم مع الآخرين حتى و لو بنسبة قليلة .

إن البرنامج العلاجي القائم على اللعب هو من الوسائل التي لها فاعلية في تحسين مستوى التركيز والانتباه لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه خاصة لدى الأطفال المعاقين سمعيا على حسب ما جاءت به دراستنا . إذ يعتمد هذا النوع من العلاج على استخدام

الأنشطة التفاعلية والممتعة الغير لفظية والتي تشجع الأطفال على المشاركة والتفاعل، مما يساعد في تعزيز مهاراتهم الاجتماعية والعاطفية و كذا تعديل سلوكهم الغير مرغوب به من قبل الآخرين، من خلال تقديم بيئة آمنة ومشجعة، يمكن للأطفال استكشاف مهارات التركيز والانتباه بشكل طبيعي، إذ أنه يتم توجيه طاقاتهم نحو أنشطة هادفة تعزز من قدرتهم على التركيز لفترات أطول. علاى هذا الأساس نجد أن الدراسات تشير إلى أن العلاج باللعب يمكن أن يؤدي إلى تحسينات ملحوظة في السلوكات و زيادة التركيز و الانتباه حيث يصبح الأطفال أكثر تركيزا و أقل حركة

إذن العلاج باللعب له فاعلية في التخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا.

الاسهامات العلمية للدراسة:

- استطاعت الدراسة الحالية من خلال نتائجها أن تساهم في البحث العلمي من خلال :

تصميم برنامج علاجي يهدف إلى خفض فرط الحركة و تشتت الانتباه خاصة مع الأطفال المعاقين سمعيا.

التوصيات و الاقتراحات :

• التوصيات:

➤ و في الأخير نود أن نوصي ب:

- ضرورة توعية أولياء الأمور بخصائص الإعاقة السمعية المصحوبة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، مع تدريبهم على أساليب مناسبة للتعامل مع الطفل والحد من فرط حركته
- الاستمرار في استخدام البرامج العلاجية القائمة على اللعب الموجه، مع تكييفها بصرياً بما يتناسب مع قدرات الطفل السمعية، لما لها من دور في تحسين الانتباه وتقليل النشاط الحركي الزائد .
- تنظيم حملات تحسيسية للتعريف بكيفية التعامل مع الطفل المعاق سمعياً الذي يعاني من فرط الحركة، مع التركيز على احتياجاته الخاصة .
- إقامة دورات تدريبية في لغة الإشارة موجّهة للأولياء والمعلمين، بهدف تسهيل التواصل مع الطفل وتحسين استجابته السلوكية .
- إنشاء لافئات إرشادية مدعمة بصور وإشارات بصرية واضحة، تساعد الطفل على الفهم وتقليل الارتباك الذي قد يزيد من فرط حركته .
- التنسيق مع المعلمين لاعتماد استراتيجيات صفيه ملائمة، مثل تقليل المشتتات البصرية والسمعية، تقسيم المهام إلى خطوات بسيطة، واستخدام التعزيز الإيجابي، بما يساعد على ضبط السلوك وتحسين التكيف .
- إجراء تقييمات دورية كل ستة أشهر باستخدام أدوات مناسبة، مع تكييفها وفق الإعاقة السمعية، لمتابعة تطور حالة الطفل وتعديل الخطة العلاجية .
- توفير دعم نفسي وتربوي مستمر للطفل، بهدف التقليل من التوتر والإحباط وتعزيز ثقته بنفسه وتحسين سلوكه.

• الاقتراحات:

➤ نرجو أن تكون هذه الدراسة منطلق لظهور دراسات أخرى معمقة و شاملة لهذا

الموضوع من مختلف الجوانب لذا فإننا نقترح بعض المواضيع التي نأمل أن

تساهم في سد فجوات علمية عديدة :

- برنامج علاجي متعدد الاساليب لخفض السلوك الاندفاعي لدى الطفل المعاق سمعياً .
- صورة الذات و تقديرها لدى الطفل المعاق سمعياً.
- البناء النفسي لدى الطفل المعاق سمعياً المقيم بالمراكز المتخصصة.

- فعالية برنامج علاجي قائم على اللعب للتخفيف من فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين سمعيا و الأطفال العاديين .
- أثر الإقامة بالمراكز المتخصصة على شدة فرط الحركة لدى الاطفال ذوي الاعاقة السمعية .
- التواصل الغير اللفظي و علاقته بالبناء النفسي لدى الطفل المعاق سمعيا.
- الفروق بين الجنسين في المشكلات السلوكية لدى الاطفال المعاقين سمعيا.
- المهارات الاجتماعية و علاقتها بالمشكلات السلوكية لدى الاطفال المعاقين سمعيا

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

مراجع باللغة العربية:

- أحمد محمد صوالحي. (2004). علم النفس اللعب. (ط1). دار الميسر للنشر و التوزيع.
- أبو شعبان شيماء صبحي. (2010). فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة لدى الأطفال المضطربين لغويا. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة.
- أبو زيد. (2011). دراسة حالة لذوي الاحتياجات الخاصة. (ط1). دار الميسر للنشر و التوزيع. عمان
- إبراهيم. (2014). التربية الرياضية لذوي الإعاقة. (ط1). دار الرضوان للنشر و التوزيع. عمان.
- الفرجاني إبراهيم، حميدة فرح. (2021). دور اللعب في تنشئة الطفل من الناحية الاجتماعية و الثقافية. (ع16) . جامعة طرابلس.
- العناني حنان عبد الحميد. (2014). اللعب عند الأطفال الأسس النظرية و التطبيقية. (ط9). عمان
- الموسومي ليلي ، يوسف كريم. (2011). فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه و فرط النشاط الحركي. الناشر، المكتب الجامعي الحديث
- القاضي خالد، سعد سيد أحمد، محمد علي. (2011). تعديل سلوك ذوي اضطراب نقص الانتباه و فرط النشاط. الناشر، عالم(1 يناير)
- العايب عبد القادر ، حداشي زينب. (2022). مجلة أصيل للدراسات النفسية و التربوية و الاجتماعية ، اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه. (ع 1) . الأغواط .
- الخطيب هشام، ابراهيم الزيايدي. (2001). الصحة النفسية للطفل. (ط1) ، دار العلمية للنشر و التوزيع و دار الثقافة للنشر و التوزيع .
- الزريقات عبد الله. (2003). الإعاقة السمعية. (ط1) دار وائل ، الاردن.
- الزريقات عبد الله. (2009). مقدمة في الإعاقة السمعية. (ط2) ذاكرة الفكر للطباعة، الأردن.

- اليوسفي، مشيرة عبد الحميد أحمد.(2005). *النشاط الزائد لدى الأطفال : الأسباب، برامج الخفض* . (ط1) المكتب الجامعي الحديث سلسلة إشراقات تربوية الكتاب الثاني، القاهرة.
- الضفدعي عصام حمدي . (2013). *الإعاقة السمعية*. دار البازودي للنشر و التوزيع الأردن .
- الشيما عمام علي محمود. (2001). *البيئة العالمية لبطارية اختبارات اضطرابات نقص الانتباه مصحوب بالنشاط الزائد لدى طلاب* . التربية الجامعية حلوان.
- السيد عبد القادر شريف. (2014). *مدخل إلى التربية الخاصة*. كلية رياض الأطفال ، جامعة القاهرة
- الزارع نايف بن عبد .(2007). *اضطراب النشاط الزائد دليل عملي للآباء و المختصين*. (ط1)، دار الفكر ، عمان.
- برابح نعيمة.(2025). *ممارسة الألعاب الالكترونية العنيفة و أثرها على تعزيز السلوك العدواني و نتائج التحصيل الدراسي لدى تلاميذ التعليم المتوسط* . (م12) (ع1)
- بن عامر ربيعة، مزري خيرة. (2025). *فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب للتخفيف من صعوبات التعلم لدى التلاميذ المصابين بفرط النشاط الحركي و تشتت الانتباه* . مذكرة لنيل شهادة ماستر ، عين تموشنت.
- بن حمادي مباركة .(2018). *فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في خفض فرط الحركة لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية* . مذكرة لنيل شهادة الماستر ، غرداية.
- برنوسي وفاء، هواري يسرى. (2024). *التكفل المتعدد التخصصات بالطفل المتمدرس المصاب بفرط النشاط الحركي و تشتت الانتباه*. مذكرة لنيل شهادة الماستر ، عين تموشنت.
- بن حنة فضيلة، بن نابي ميساء . (2023). *فرط الحركة و تشتت الانتباه و علاقته بالتحصيل الدراسي لتلاميذ السنة الخامسة ابتدائي من وجهة نظر المعلمين* . مذكرة لنيل شهادة الماستر ، الجلفة.
- بن مصطفى عبد الكريم. (2016). *فاعلية برنامج علاجي سلوكي قائم على استراتيجية النمذجة في خفض اضطراب ضعف الانتباه و النشاط*. أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان.

- بولضراس صراح. (بدون سنة). انتشار وضعية الإعاقة في الجزائر الواقع و الآفاق. مجلة الباحث للعلوم الرياضية و الاجتماعية ،(م4) (ع7) الجلفة.
- بن حمادي مباركة.(2018). فاعلية برنامج ارشادي سلوكي في خفض فرط الحركة لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية. مذكرة لنيل شهادة الماستر، غرداية.
- جغلاب مصباح، بعايري حسان. (2021). مجلة أهمية اللعب في حياة الطفل وظائفه، نظرياته و أدواره التربوية و الاجتماعية. (م1) (ع1) ، مجلة الراصد ، جامعة بوضياف.
- جمال محمد الخطيب، منى صبحي حديدي. (2009). مدخل إلى التربية الخاصة، كلية العلوم و التربية. قسم الارشاد و التربية الخاصة، الجامعة الأردنية.
- جمعة سيدي بوسيف.(2000). الاضطرابات السلوكية و علاجها. دار غريب للنشر و التوزيع، القاهرة.
- حسين محمد.(2012). فاعلية برنامج علاجي باستخدام دمج في نظام النفط مع العقود المساعدة القائمين على رعاية أطفال ADHD و أثره على تنمية الانتباه و خفض النشاط الزائد عند الأطفال. مجلة كلية التربية.
- حافي أسماء، محمد بن قطاف محمد.(2021). السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعيا في ضوء بعض المتغيرات الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية. (م13) (ع1).الجزائر.
- خالدة نيسان. (2009). سلوكيات الأطفال بين الاعتدال و الانحراف. (ط1) دار الميسرة للنشر و التوزيع، عمان.
- خالد وليد.(2019). أثر استراتيجية الدمج في تفعيل دور البرنامج التعليمي المقترح لتعليم المعاقين سمعيا ببعض المهارات الأساسية في الكرة الطائرة. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر .
- دحدوح ليليا، بوضرسة زهير. (2021). الخدمات المقدمة لفئة الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية . جامعة أم البواقي .

- خيشة شيخ ناجي. (2020). تأثير الألعاب الشبه رياضية في تعديل سلوك التلاميذ (تشتت الانتباه و فرط الحركة) من خلال حصة التربية البدنية و الرياضية مرحلة التعليم المتوسط. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- خديجة دنالة. (2017). أثر برنامج ارشادي توعوي تعريفي في تعديل أساليب تعامل أستاذ تعليم ابتدائي مع تلميذ ذو اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه . دراسة تجريبية على اساتذة تعليم ابتدائي بمدرسة البنات (مزگران) لنيل شهادة الماجستير .
- درويش محمد أحمد .(2018). *مناهج البحث في العلوم الإنسانية*. مؤسسة الأمة العربية للنشر و التوزيع.
- رضا مسعد محمد عبد الهادي بدر.(2022). *الإعاقة السمعية عند الأطفال*. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة (م 9) (ع1).
- زعيتر وهيبه، حليلة شتوان، رانية حبيلي ، ربيعة بن عليليش. (2020). *متطلبات لدمج الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الخفيفة و المتوسطة في المدارس العادية من وجهة نظر العاملين في المراكز الخاصة بالمعاقين سمعيا .* جيجل.
- سامي محسن ختانة. (2023). *سيكولوجية اللعب*. جامعة مؤتة كلية العلوم التربوية.
- سلمى حسين كامل . (2016). *الارشاد باللعب مفاهيم نظرية و تطبيقات عملية*. جامعة دياني كلية التربية الأساسية .
- سيسالم كمال سالم.(2001). *اضطرابات قصور الانتباه و الحركة المفرطة خصائصها أسبابها، علاجها،* دار الكتاب الجامعي ، الإمارات .
- سحنون يمينة.(2013). *فعالية برنامج علاجي في تعديل اضطراب النشاط الحركي الزائد و تشتت الانتباه عند الطفل المتمدرس من فئة 10/6 سنوات* . مذكرة لنيل شهادة الماستر ، مستغانم .
- شوقي ممادي.(2012). *مدى معرفة معلمي المرحلة الابتدائية باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط*. (ع1) جامعة الوادي.

- طاظم كريمة.(2015). **فعالية العلاج باللعب للتخفيف السلوك العدواني عند طفل من فئة 08/05 سنوات**. مذكرة لنيل شهادة الماستر، جامعة مستغانم.
- عاصف فاطمة الزهراء، صافر ياسمين . (2023). **دور اللعب في التخفيف من السلوك العدواني لدى أطفال الروضة 05/03 سنوات**. مذكرة لنيل شهادة الماستر ،جامعة تيارت.
- عادل عبد الله محمد. (2010). **مقدمة في التربية الخاصة**. دار الرشاد للطبع و النشر و التوزيع ، القاهرة.
- عميار كهينة، جعلاب مصباح.(2021). **المقاربات السوسولوجية في تفسير السلوك التنمري في الوسط المدرسي**. (م1) (1ع) جامعة المسيلة.
- علوان ويسام.(2018). **فعالية اللعب في تنمية القدرات الابداعية لدى أطفال ما قبل المدرسة 5/4 سنوات** . أطروحة دكتوراه جامعة الجزائر.
- عبد الهادي نبيل.(2004). **سيكولوجية اللعب و أثرها في تعلم الأطفال** . دار وائل للطباعة والنشر و التوزيع، عمان.
- عرفات، نجاح السعدي المرسي. (2000). **فعالية استخدام الرسوم و الصور التوضيحية في تدريس العلوم لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية ذوي النشاط الزائد على التحصيل الدراسي و اكتساب بعض عمليات العلم**. (م3) (3ع)، المجلة المصرية للتربية العلمية.
- فؤاد عبد الجوالدة. (2012). **الإعاقة السمعية**. دار الثقافة للنشر و التوزيع (ط1) ، عمان.
- فوزية محمدي.(2011). **فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه و تعديل صعوبة الكتابة**. أطروحة دكتوراه ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- فاضل حنا.(1999). **اللعب عند الأطفال**. دار مشرق مغرب للخدمات الثقافية و الطباعة و النشر، سوريا.
- فتحي وادة.(2017). **قصور الانتباه و فرط الحركة**. مجلة قيس للدراسات الانسانية و الاجتماعية (1ع) (1م).122/104.

- قحطان أحمد الطاهر. (2008). *مدخل إلى التربية الخاصة*. دار وائل للنشر (ط2).
- كاثرين هاسيونيروفلر . (2022). *مجموعة أدوات العلاج باللعب* مركز بروكسل بإدارة العمليات ووحدة الابتكار السويد.
- لبنى زعرور ، حليلة بن صغير . (بدون سنة). *تصنيفات الاعاقة السمعية* . مجلة التربية و الصحة النفسية (4م) (2ع) ، جامعة الجزائر.
- محمد فتحي عبد الحي.(2000). *الاعاقة السمعية و برامج اعادة التأهيل* . دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة .
- محمد النوبي، محمد علي .(2009). *الاعاقة السمعية*. دار وائل، عمان.
- منال البكري، عمر مذكور.(2024). *لغة الإشارة ، المفهوم، و طرائق التواصل*. مجلة علمية دولية محكمة ، كلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية جامعة محمد بوضياف، مسيلة.
- مديانة أمال.(2020). *فرط الحركة و أثرها على التحصيل الدراسي عند الطفل 09/06 سنوات* . مذكرة لنيل شهادة الماستر جامعة وهران.
- مرسلينا محمد شعبان.(2013). *الدعم النفسي ضرورة مجتمعية*. اصدارات شبكة العلوم النفسية العربية (31ع) (ط1).
- محاسن مهدي ، عمر الحسين . (2015). *اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه و علاقته بأساليب المعاملة الوالدية*. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير.
- محمد رمضان أحمد.(2022). *اضطراب النشاط الزائد و تشتت الانتباه لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية و علاقته ببعض المتغيرات الديمغرافيا* . (ج2) (م28) جامعة حلوان.
- هاني عسلي.(بدون سنة). *العلاج باللعب* . القاهرة.
- يوبي نبيلة. (2015). *فعالية العلاج السلوكي للأطفال المتمدرسين مفرطي الحركة و متشتتي الانتباه ما بين 12/06 سنة*. رسالة لنيل شهادة الماجستير وهران.

المراجع باللغة الأجنبية:

Association for play therapy board of direction ; (april 2020) Why play therapy is appropriate for children with symptoms of PTSD .

Maeyse metra 5 /2/2006 ufrm lyon

الملاحق

ملحق رقم (01) يمثل النتائج الاحصائية

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
درجات فرط نشاط الحركة في القياس القبلي (مقياس المعلم)	6	49,67	6,186	43	58
درجات فرط نشاط الحركة قياس بعدي (مقياس المعلم)	6	25,00	6,663	17	32

Test de classement de Wilcoxon

درجات فرط نشاط
الحركة قياس بعدي
(مقياس المعلم) -
درجات فرط نشاط
الحركة في القياس
القبلي (مقياس المعلم)

Z	-2,201 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	,028

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
درجات فرط نشاط الحركة قياس بعدي (مقياس المعلم)	6	25,00	6,663	17	32
درجات فرد نشاط الحركة قياس تتبعي (مقياس المعلم)	6	25,67	6,154	17	32

Test de classement de Wilcoxon

Tests statistiques^a

درجات فرد نشاط
الحركة قياس
تتبعي (مقياس المعلم) -
درجات فرط نشاط
الحركة قياس بعدي
(مقياس المعلم)

Z	-1,134 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	,257

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
درجات فرط نشاط الحركة في القياس القبلي (مقياس الوالدين)	6	72,17	15,145	46	84
درجات فرط نشاط الحركة قياس بعدي (مقياس الوالدين)	6	34,67	6,919	22	43

درجات فرط نشاط
الحركة قياس بعدي
(مقياس الوالدين) -
درجات فرط نشاط
الحركة في القياس
القبلي (مقياس الوالدين)

Z	-2,201 ^b
---	---------------------

Sig. asymptotique (bilatérale)	,028
--------------------------------	------

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
درجات فرط نشاط الحركة قياس بعدي (مقياس الوالدين)	6	34,67	6,919	22	43
درجات فرد نشاط الحركة قياس تتبعي(مقياس الوالدين)	6	34,83	8,658	19	42

درجات فرد نشاط الحركة قياس
تتبعي(مقياس الوالدين) - درجات
فرط نشاط الحركة قياس بعدي
(مقياس الوالدين)

Z	,000 ^b
Sig. asymptotique (bilatérale)	1,000

ملحق رقم (02) يمثل مقياس كونرز تقدير المعلم :

الرقم	العبارة	مطلقا	بقدر محدود	بقدر كبير	بقدر كبير جدا
01	كثير الشعور بالملل يعبر عن الضيق				
02	يحدث صخباً غير لائق في الوقت الذي لا يجب عليه ذلك				
03	يصر على تلبية مطالبه في الحال				
04	يتصرف بطريقة غير مهذبة				
05	يفجر انفعالاته و يحدث سلوكا غير متوقع				
06	شديد الحساسية عندما يوجه إليه نقد				
07	التشتت و قلة الانتباه تمثل مشكلة				
08	يزعج الأطفال الآخرين				
09	يستغرق في أحلام اليقظة				
10	يقطب جبينه و يظهر استياء				
11	يتغير مزاجه بسرعة و بصورة ملحوظة				
12	مشاكس و مشاغب				
13	يتسم بالخضوع و الاستسلام أمام السلطة				
14	كثير التملل و الوقوف دائما و متأهب للانطلاق				
15	اندفاعي و من السهل استثارتة				
16	يطلب من المعلم أن ينتبه إليه بصورة زائدة				
17	غير مقبول من الجماعة				
18	من السهل قيادته				
19	يستأثر باللعب				
20	يفتقر القدرة على القيادة				
21	يفشل في الانتهاء من الأشياء التي بدأها				
22	طفولي و غير ناضج				

				ينكر ارتكابه للأخطاء و لوم الآخرين	23
				لا ينسجم مع الأطفال الآخرين	24
				غير متعاون مع زملاء الفصل	25
				يشعر بالإحباط بسهولة أثناء قيامه بمجهود	26
				غير متعاون مع المعلم	27
				لديه صعوبات في التعلم	28

ملحق رقم (03) يمثل مقياس كونرز تفدير الوالدين

الرقم	العبرة	مطلقا	بقدر محدود	بقدر كبير	بقدر كبير جدا
01	يقضم الأشياء (الأظافر، الأصابع، الشعر، الملابس)				
02	بذئء مع الكبار (غير مهذب)				
03	يجد صعوبة في تكوين صداقات و الاحتفاظ بها				
04	مندفع و من السهل استثارتة				
05	يرغب في تشغيل الأشياء				
06	يمص أصابعه أو يمضغ ملابسه أو غطاء النوم				
07	سريع البكاء				
08	مستعد دائما للشجارات				
09	أحلام اليقظة				
10	لديه صعوبات التعلم				

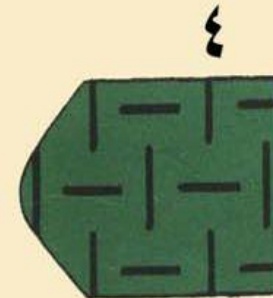
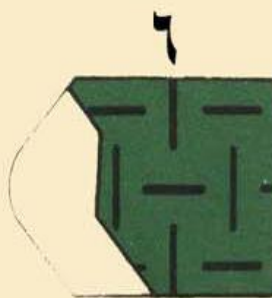
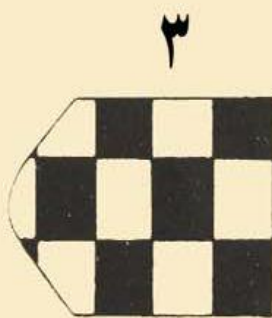
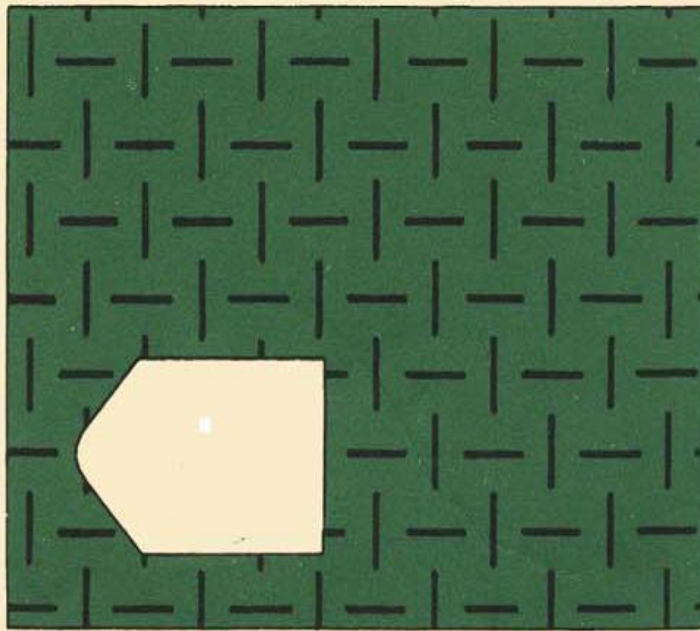
				11	التململ بشكل يعبر عن الضجر و الضيق
				12	شديد الخوف (من الواقع الجديدة و الأشخاص أو الأماكن الجديدة و من الذهاب إلى المدرسة)
				13	التململ و دائما يفضل الوقوف و مستعد للانطلاق
				14	مخرب (يدمر كل ما يقع على يديه)
				15	يكذب أو يخلق قصص غير حقيقية
				16	خجول
				17	يعرض نفسه لمشكلات أكثر من أقرانه
				18	يتحدث بصورة مختلفة عن من هم في نفس عمره (حديث الأطفال الصغار أو التمتمة أو الكلام الذي يصعب فهمه)
				19	ينكر ارتكابه للأخطاء و يلقي اللوم على الآخرين
				20	مشاكس و يتصنع المشاكل
				21	يقضب جبينه و يظهر استياء (يعبس)
				22	يسرق
				23	غير مطيع أو يطيع بصورة متمردة

				يقلق أكثر من الآخرين بسبب الوحدة أو المرض أو الموت	24
				يفشل في إنهاء الأعمال	25
				مشاعره حساسة للغاية	26
				يهدد الآخرين بالاعتداء عليهم	27
				غير قادر على إيقاف نشاط ما متكرر	28
				قاسي	29
				طفولي أو غير ناضج و يحتاج للمساعدة في أشياء لا يجب أن يحتاج للمساعدة فيها، يتعلق بالآخرين يحتاج على الطمأنينة المستمرة	30
				التشتت و قلة مدى الانتباه تمثل مشكلة بالنسبة له	31
				يشعر بالصداع	32
				تتقلب حالته المزاجية بسرعة و بصورة جوهريّة	33
				لا يحب أو لا يتبع القواعد و الضوابط	34
				يتشاجر بصورة مستمرة	35
				لا ينسجم مع إخوته و اخواته	36
				من السهل أن يشعر بالإحباط أثناء قيامه	37

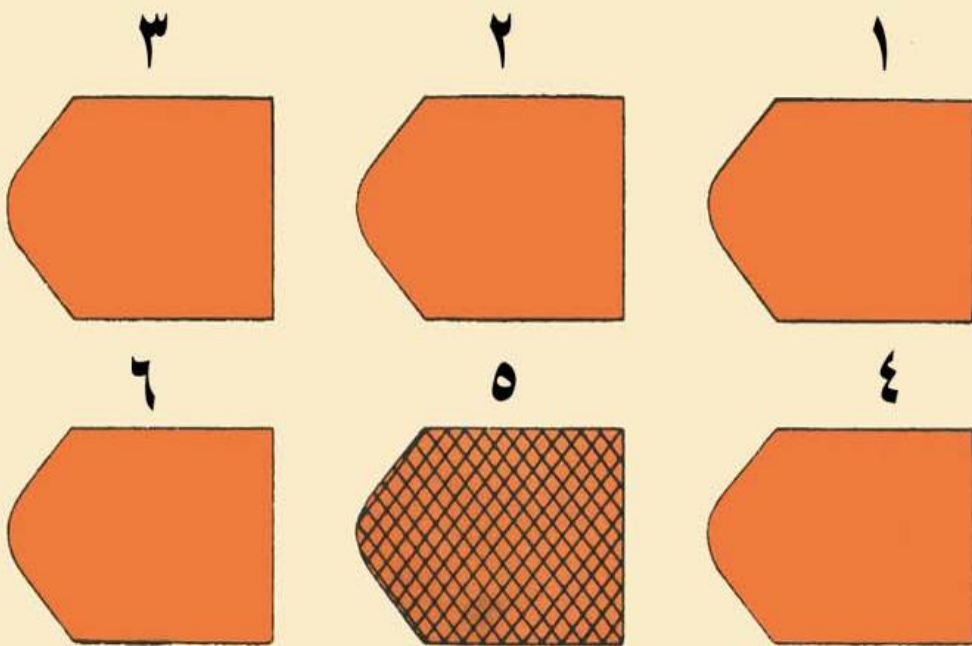
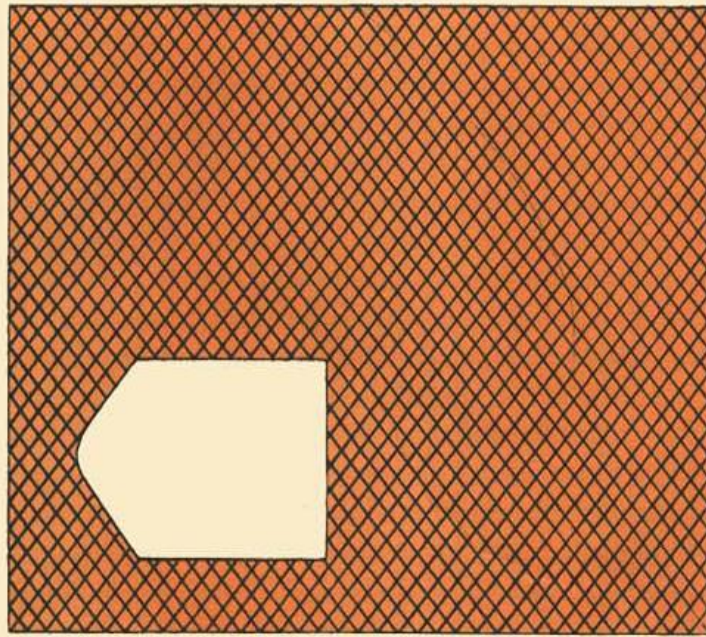
				بمجهود	
				يضايق و يزعج الأطفال الآخرين	38
				لا تبدو عليه السعادة بصورة أساسية (طفل غير سعيد)	39
				مشكلات مصاحبة لتناول الطعام مثل ضعف الشهية	40
				لديه آلام في المعدة	41
				لديه مشكلات في النوم	42
				اضطرابات و آلام أخرى	43
				القيء أو الشعور بالغثيان	44
				يشعر بأن الأسرة تغشه	45
				التباهي و التفاخر	46
				يترك نفسه عرضة لنبذ الآخرين	47
				مشكلات بالمعدة (إسهال متكرر، عادات غير منتظمة و إمساك)	48

ملحق رقم (04) يمثل مصفوفات اختبار رافن للذكاء المطبق على الأطفال

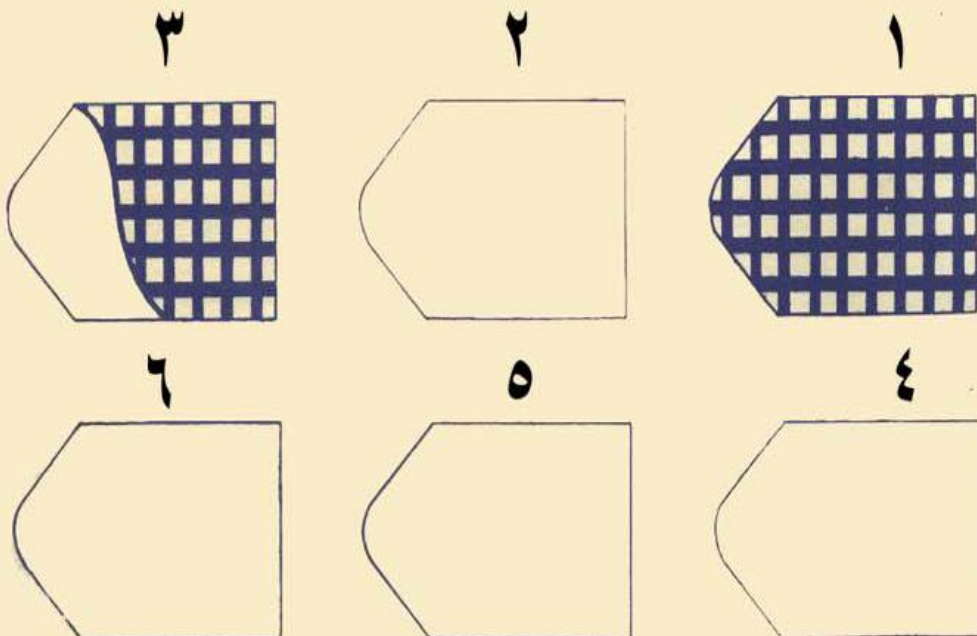
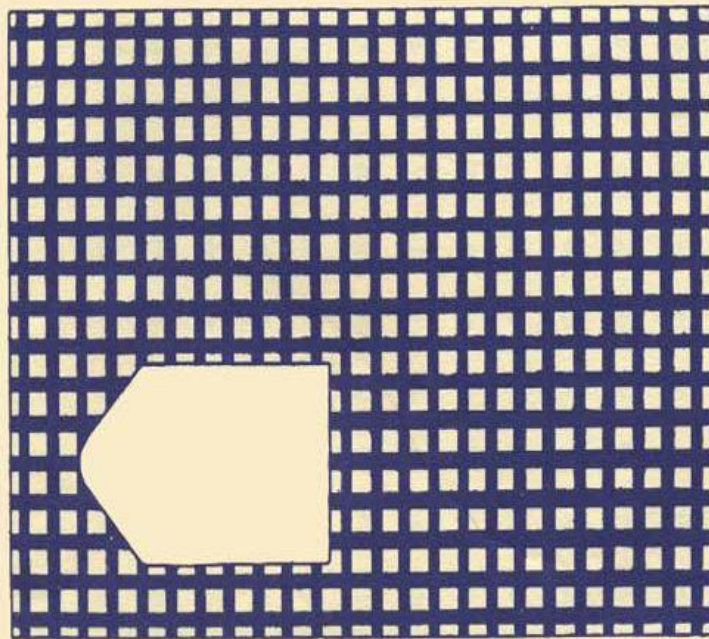
(غير لفظي)



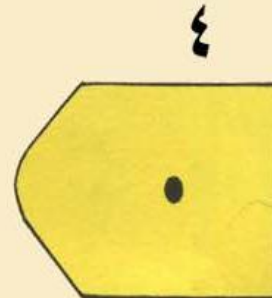
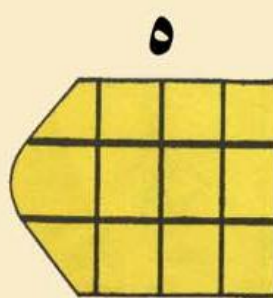
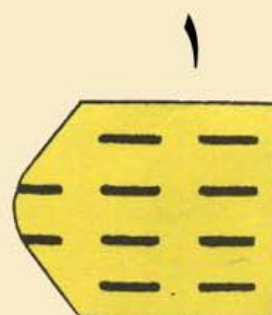
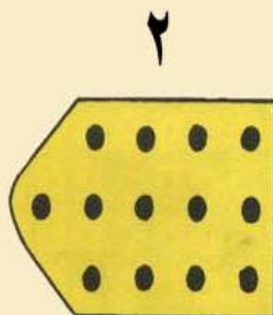
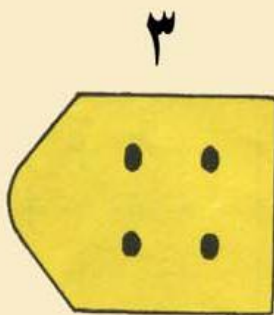
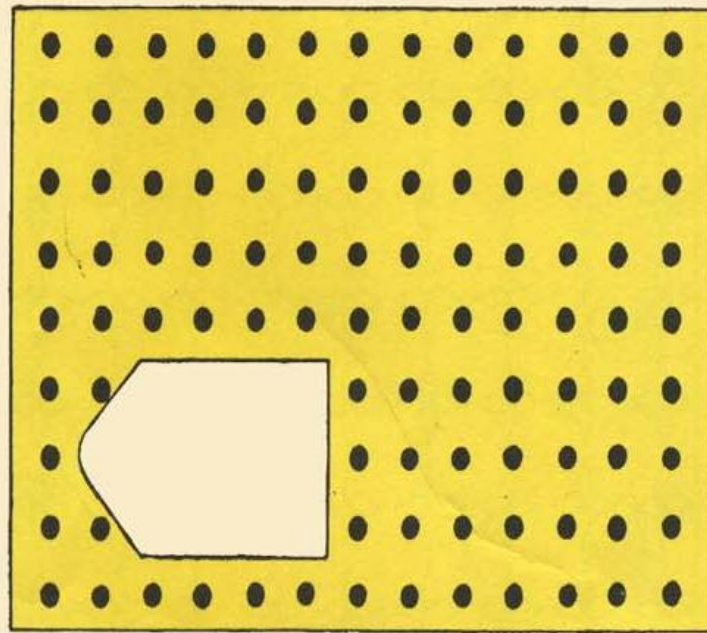
٢١



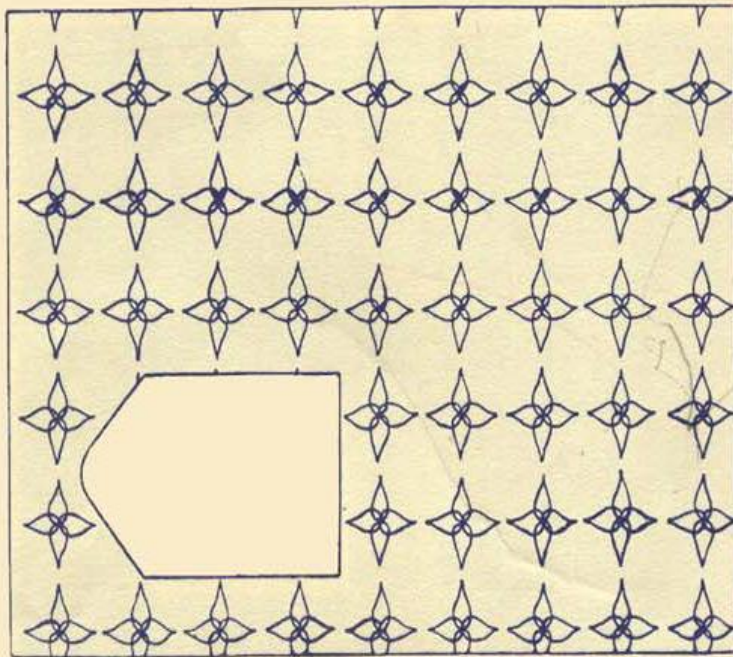
٣١



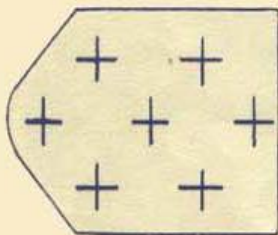
٤١



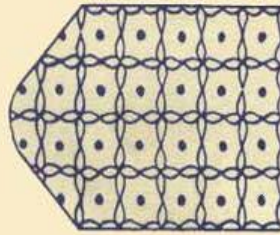
أ ٥



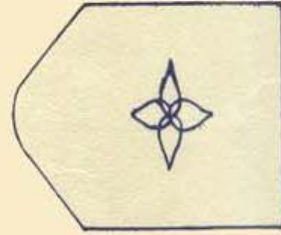
٣



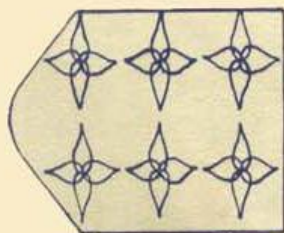
٢



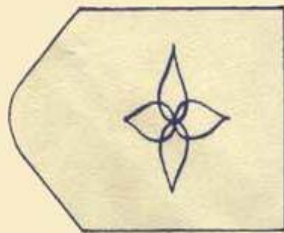
١



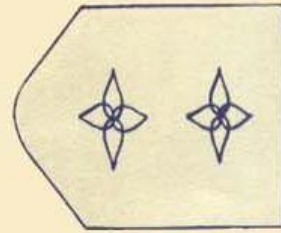
٦



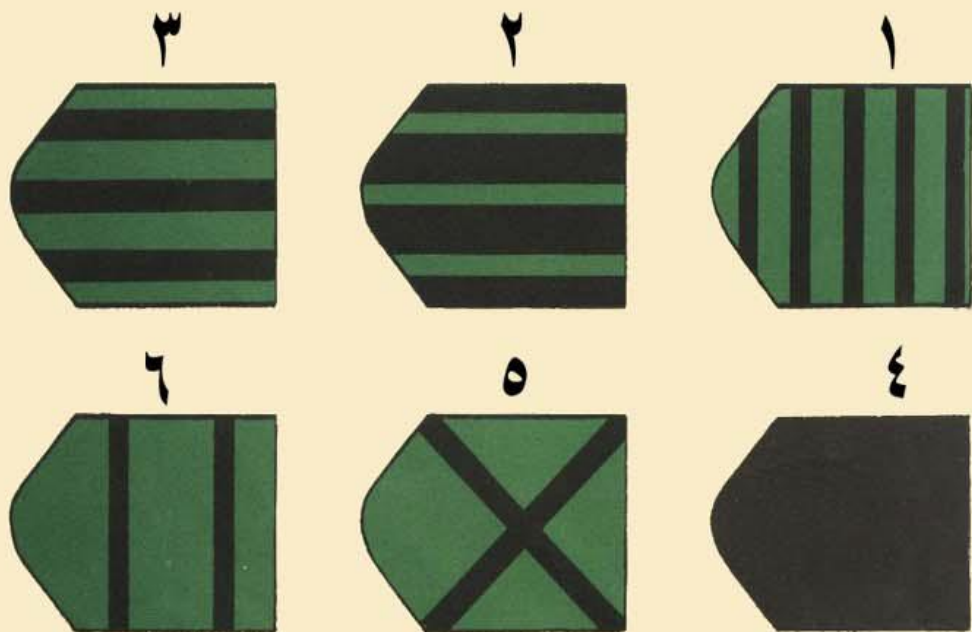
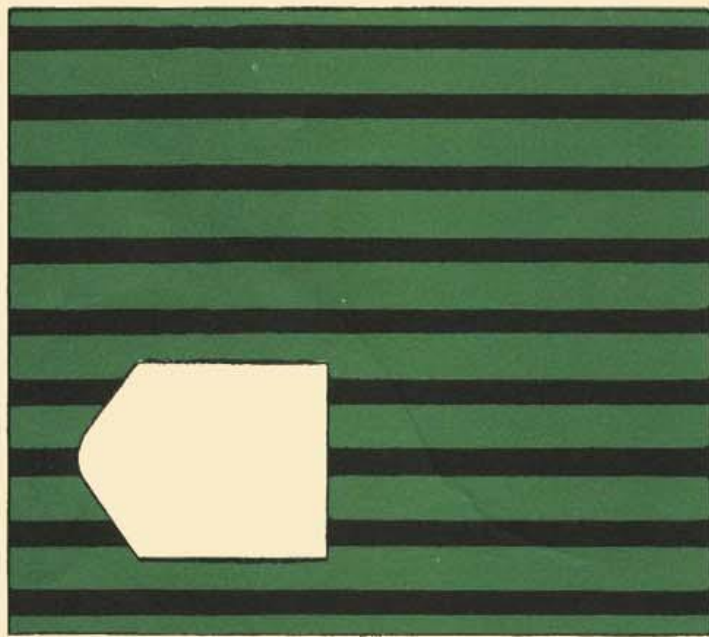
٥



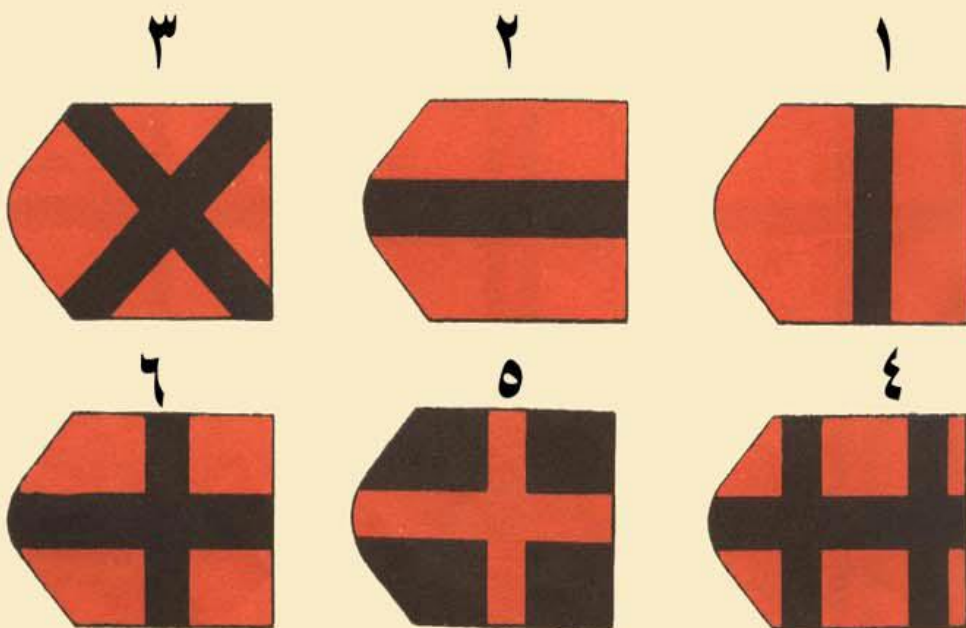
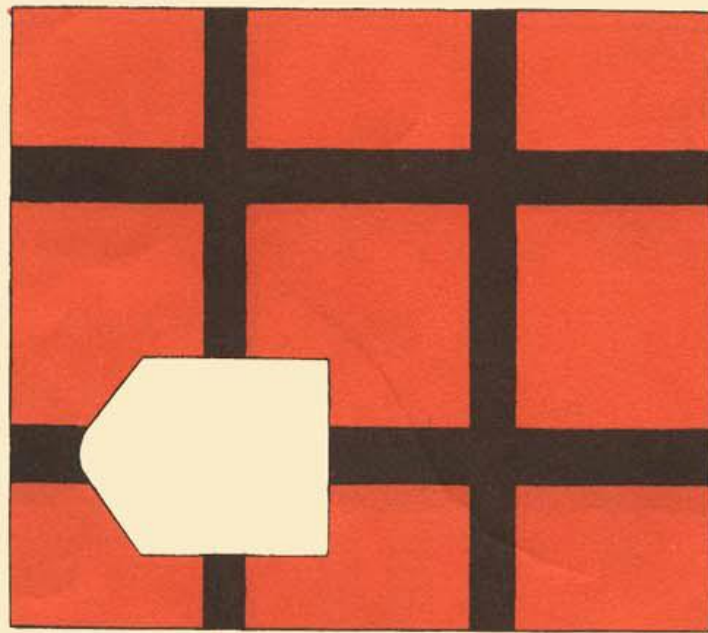
٤



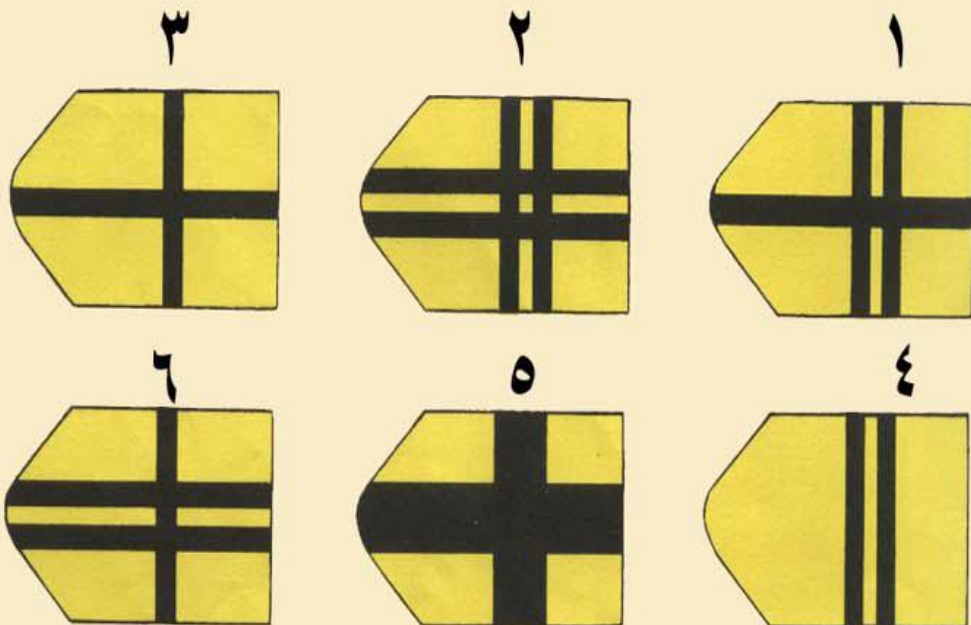
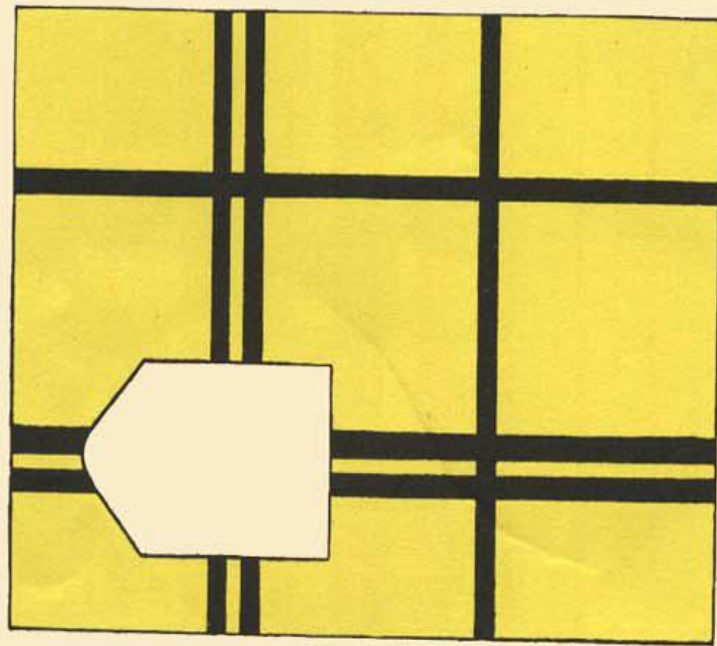
٦١



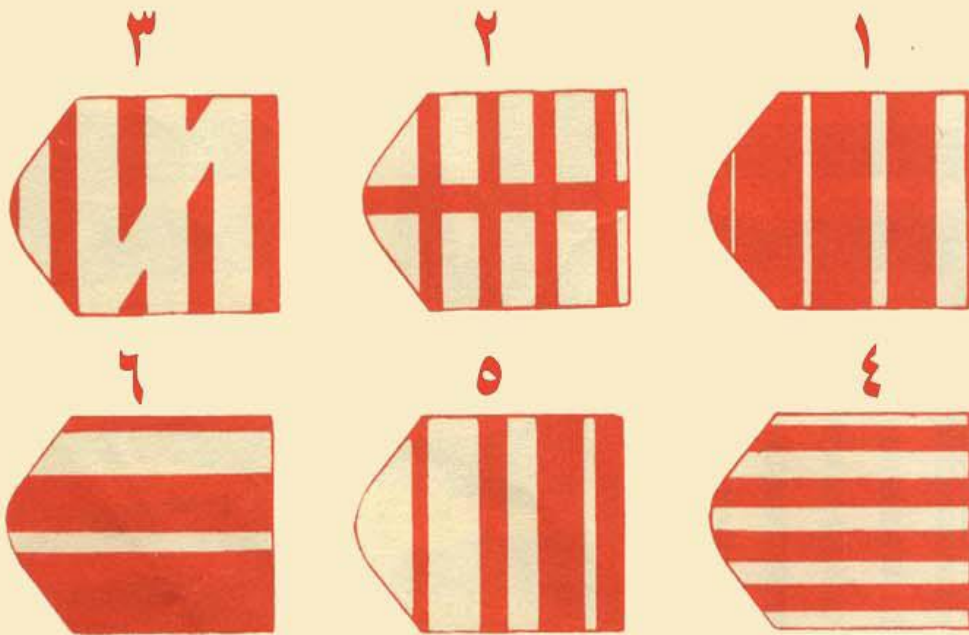
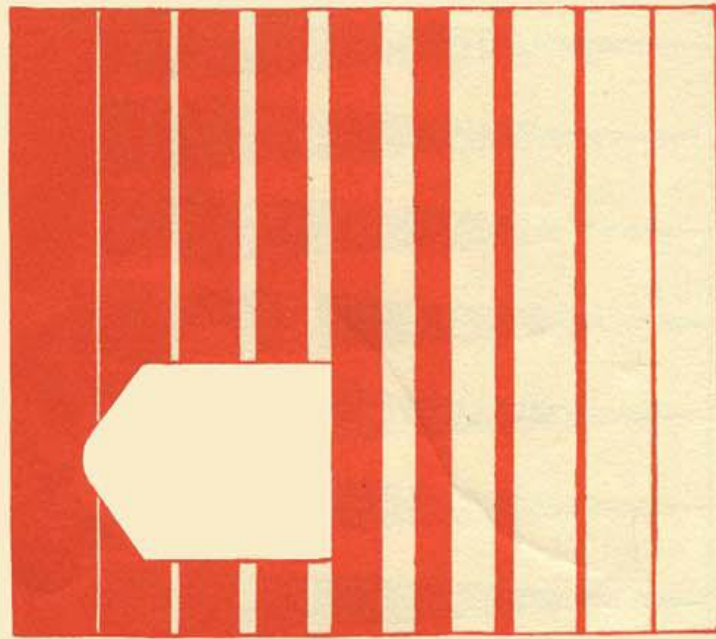
٧١



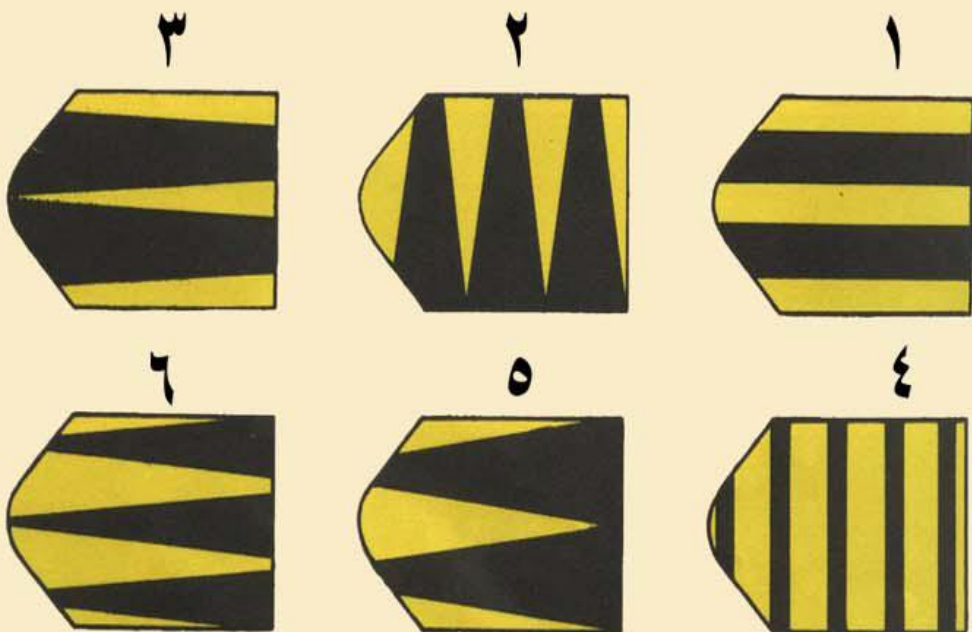
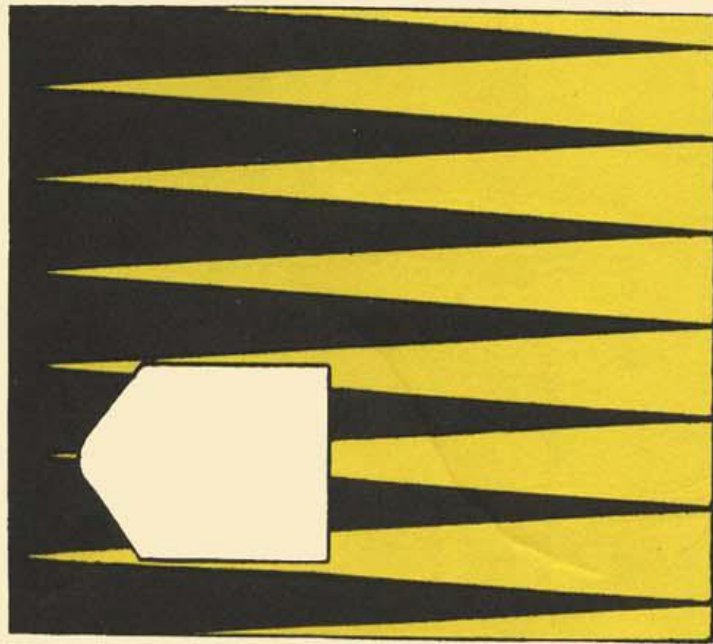
٨١



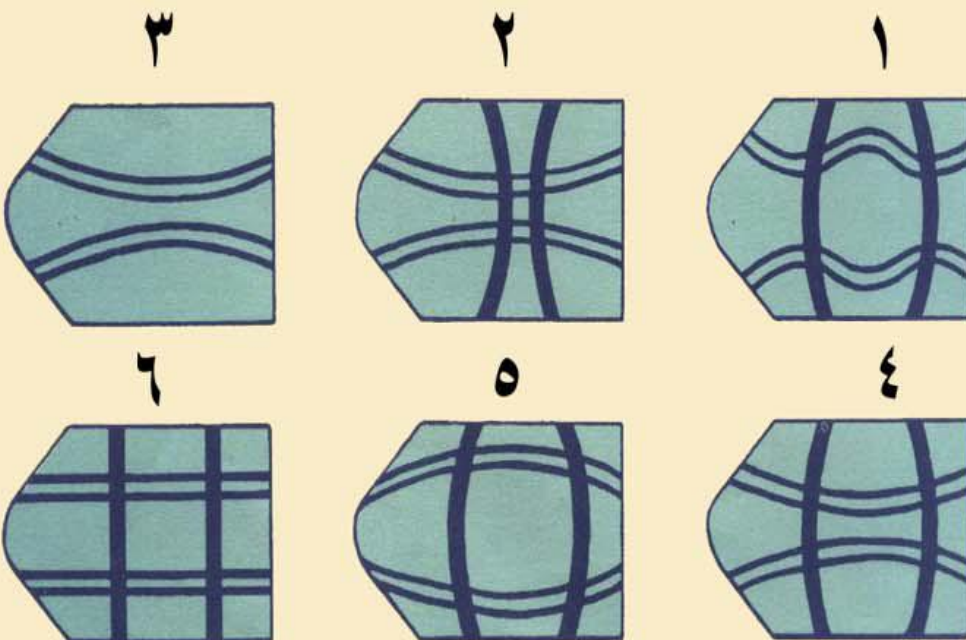
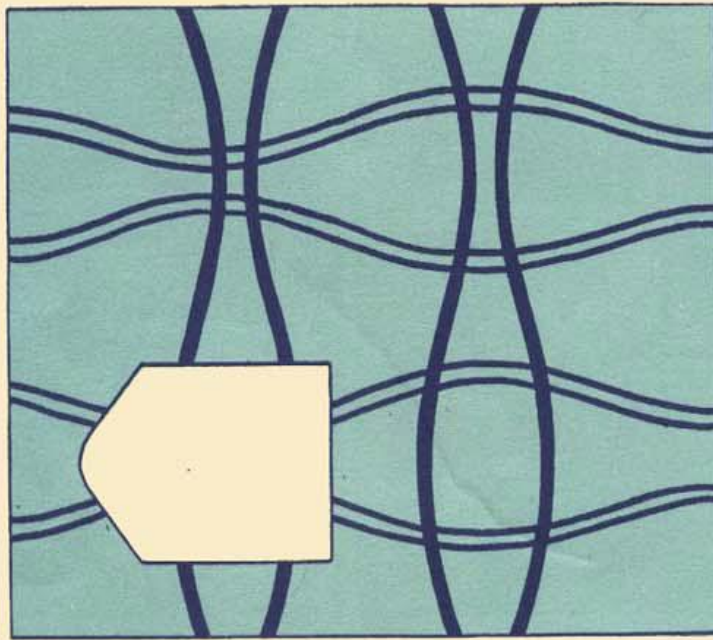
٩١



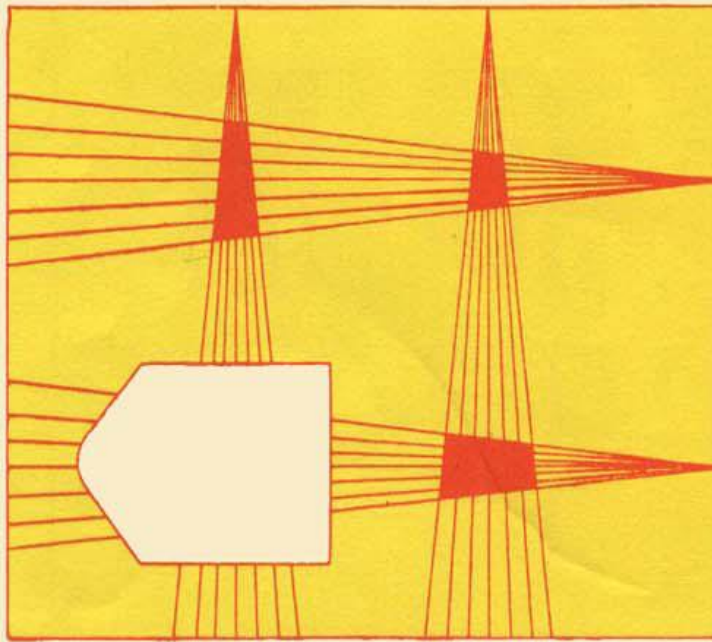
١٠٤



١١١

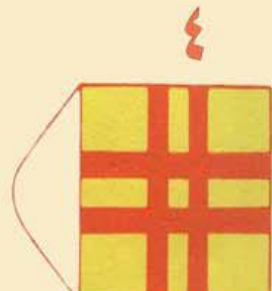
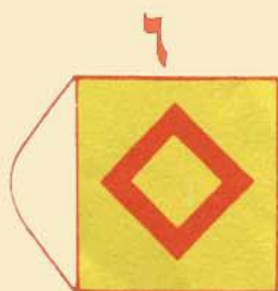
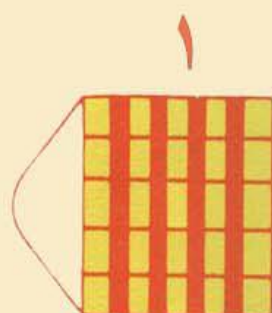
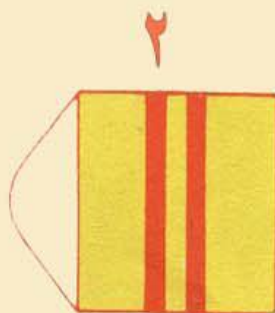
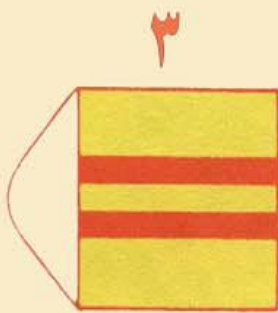
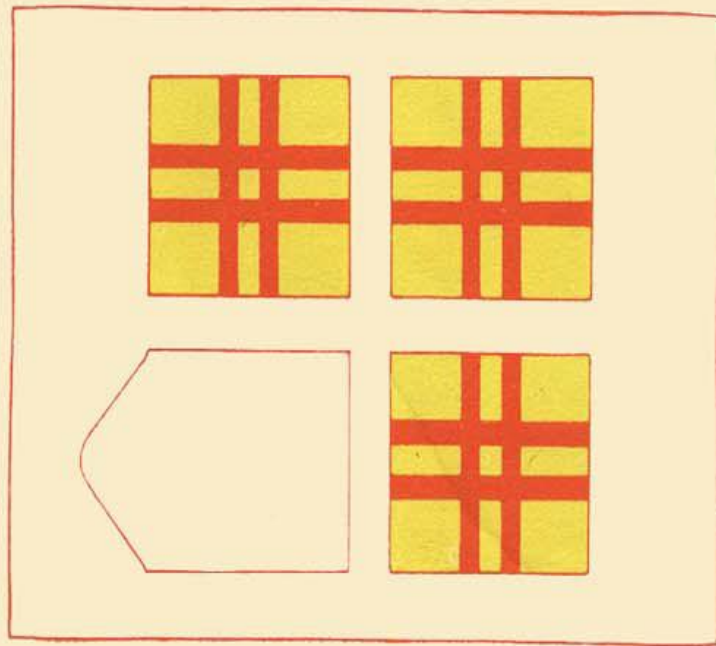


١٢١

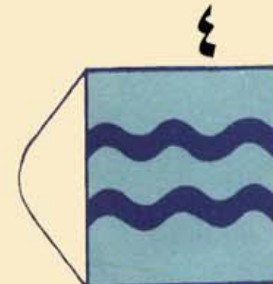
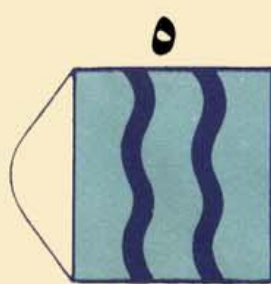
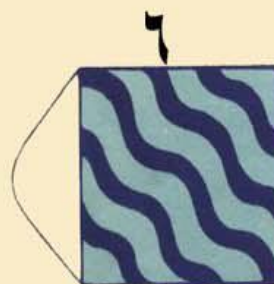
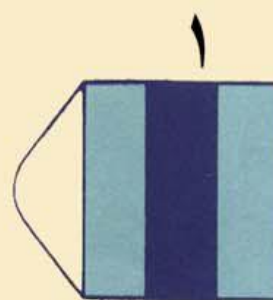
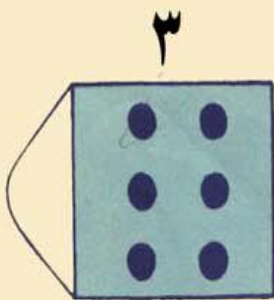
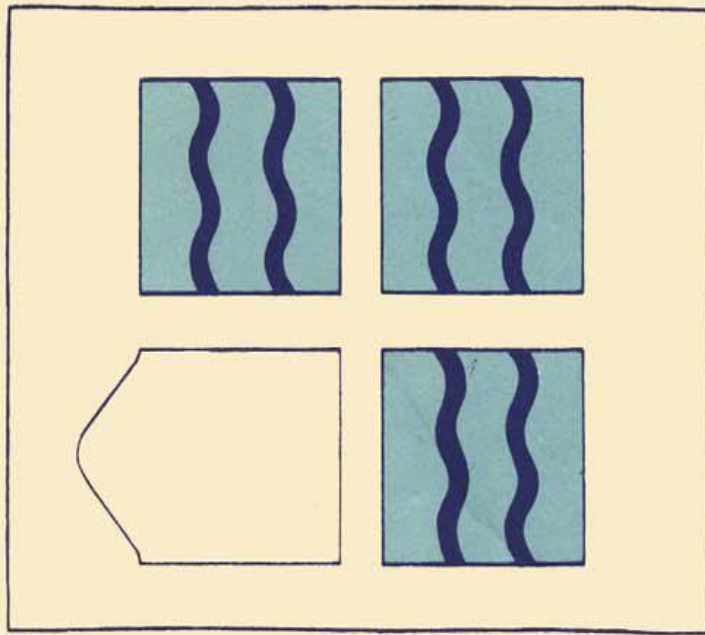


أب

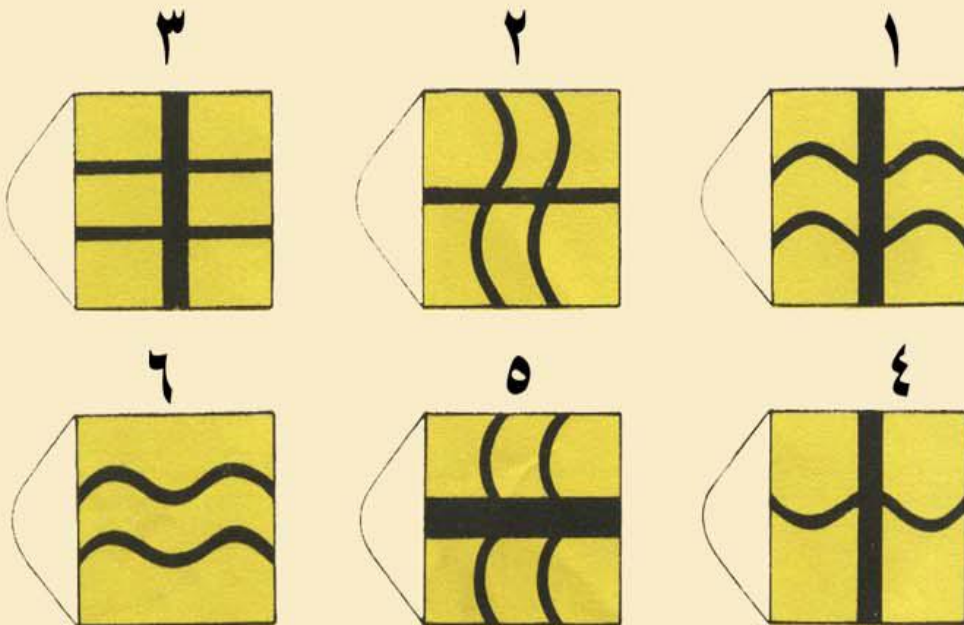
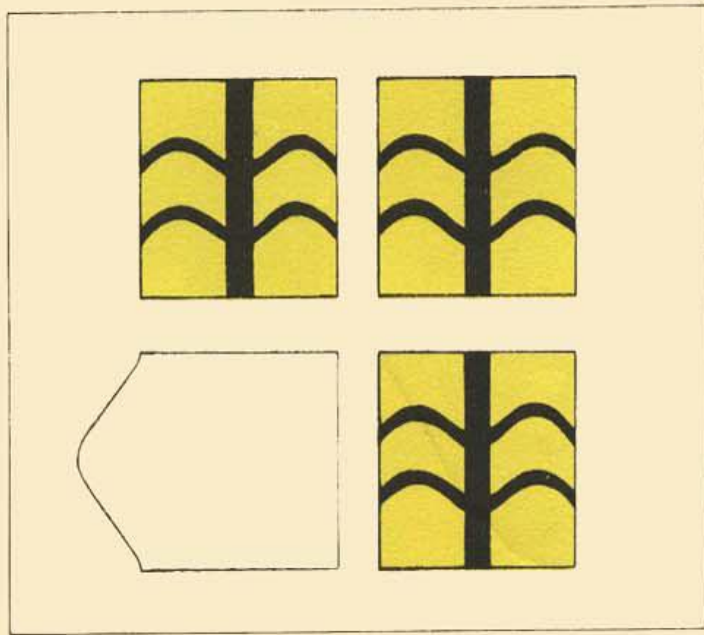
أب



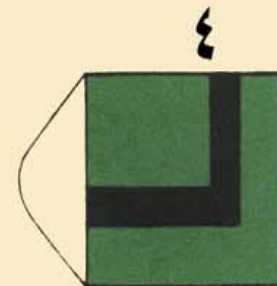
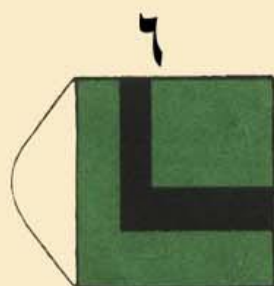
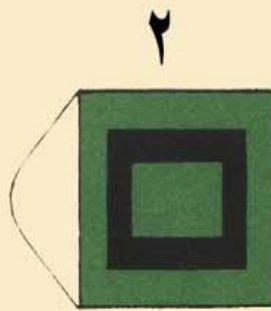
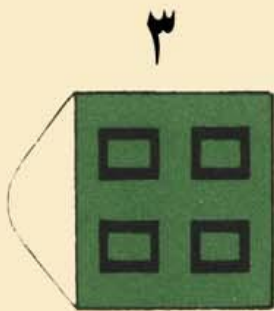
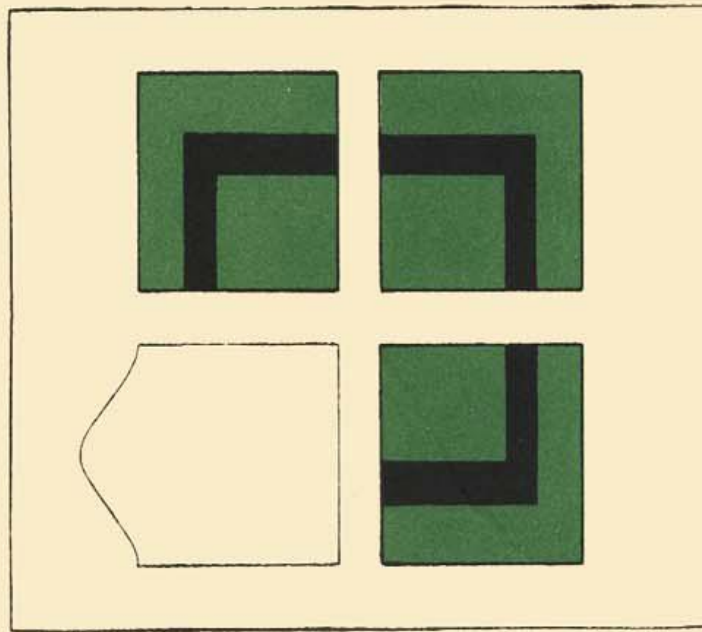
أب ٢



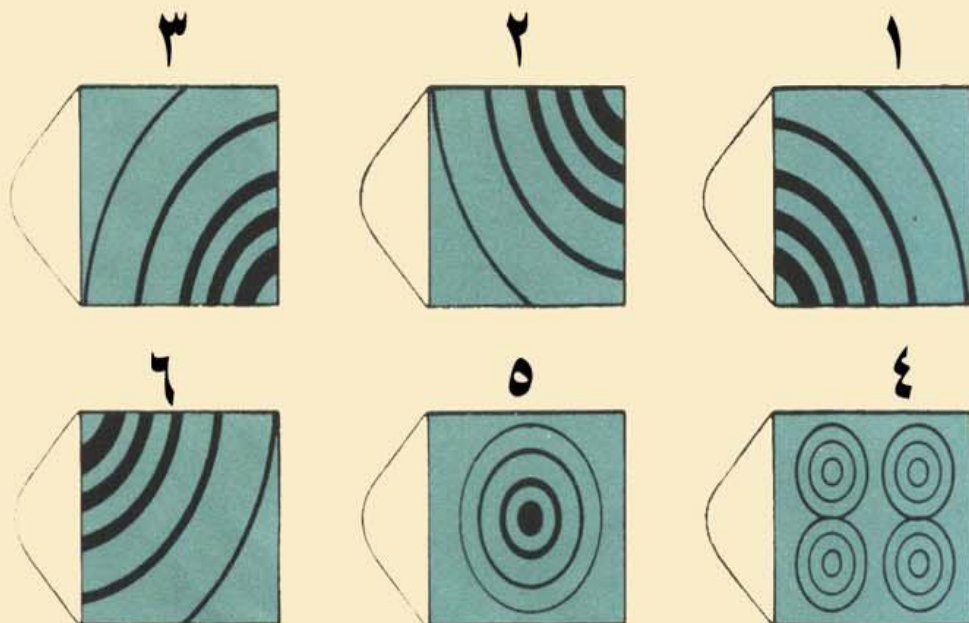
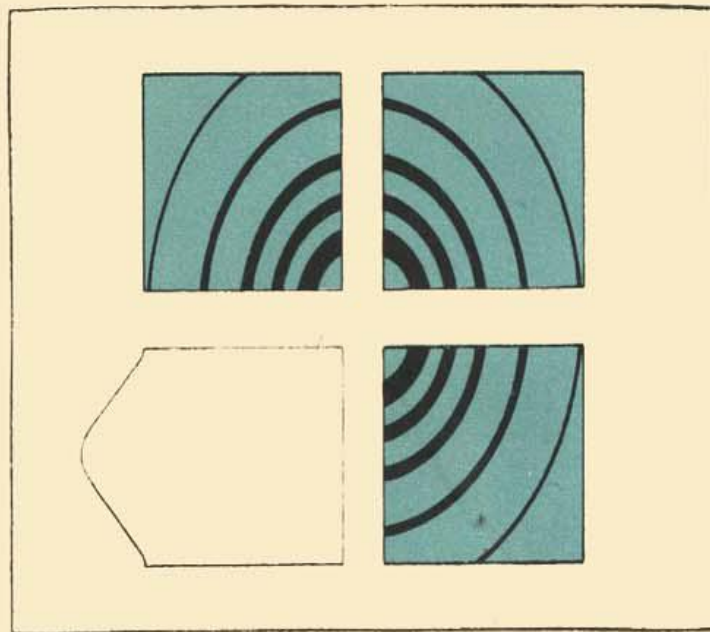
أب ٣



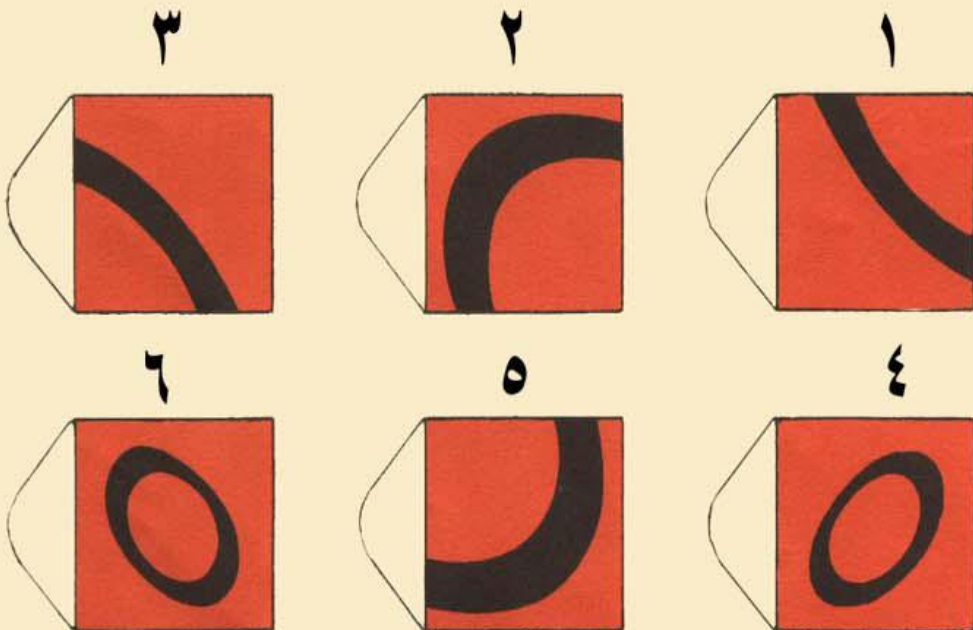
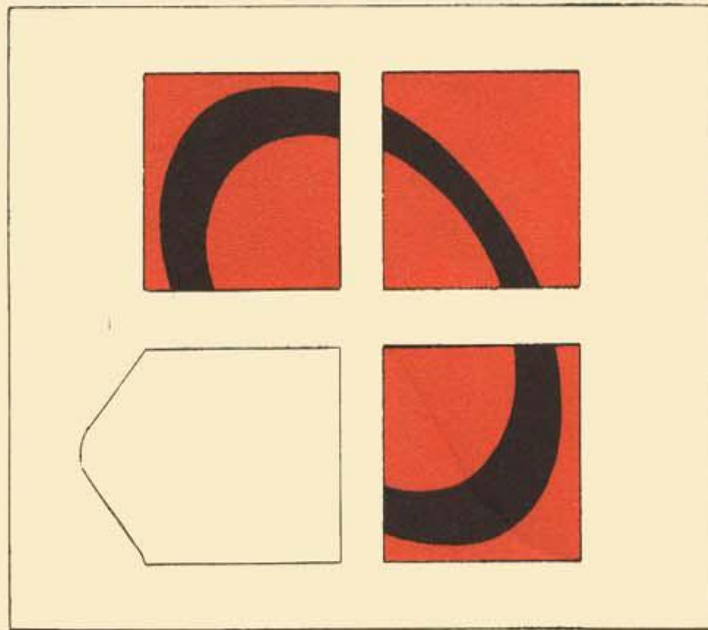
أبء



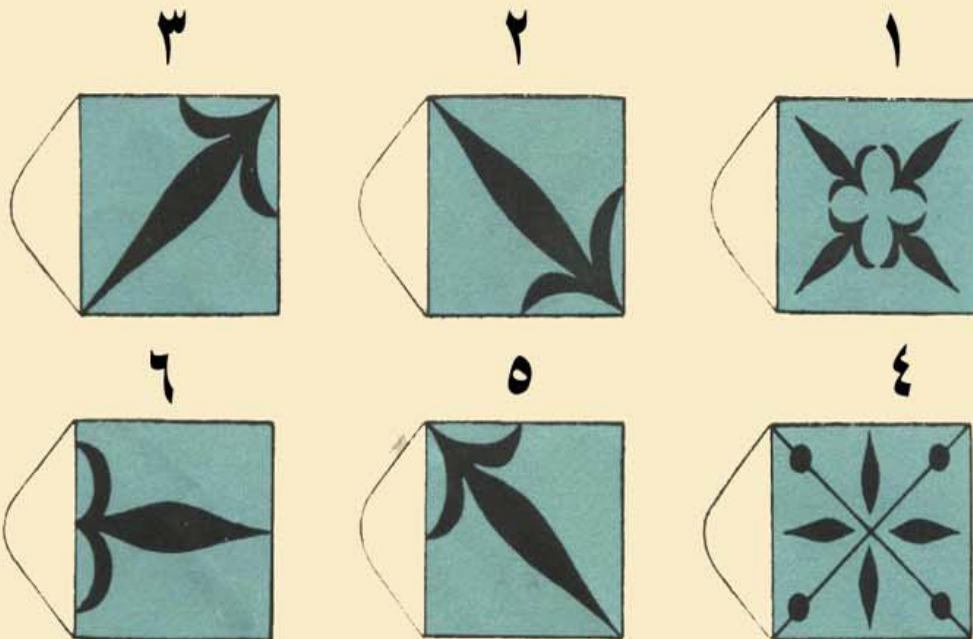
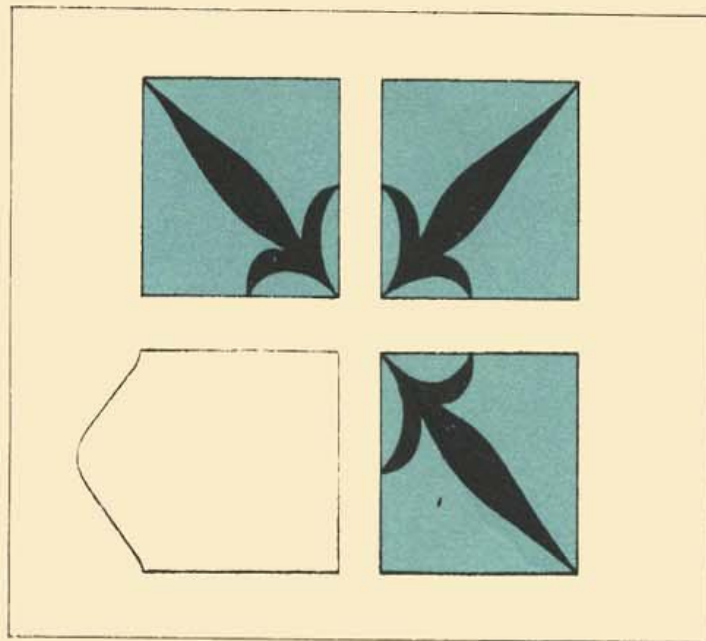
أب هـ



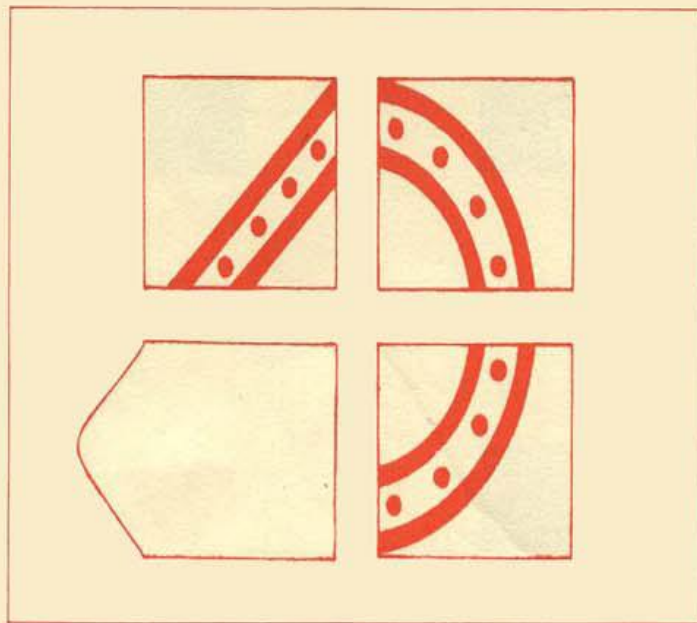
أب ٦



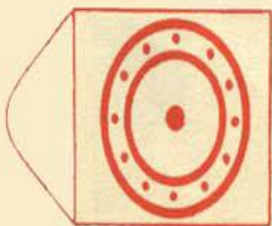
أب ٧



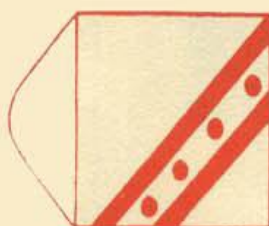
أب ٨



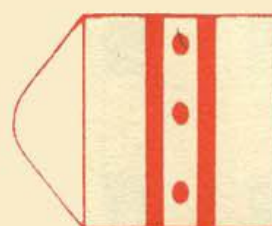
٣



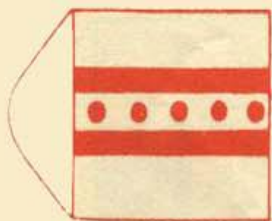
٢



١



٦



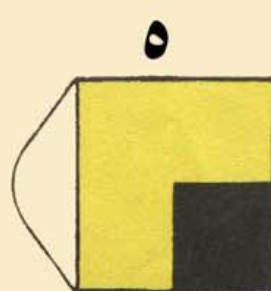
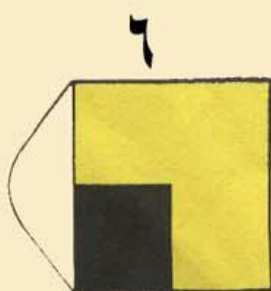
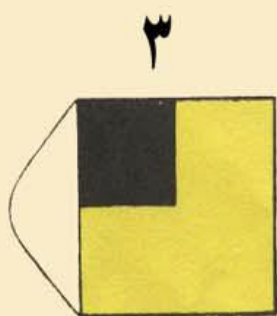
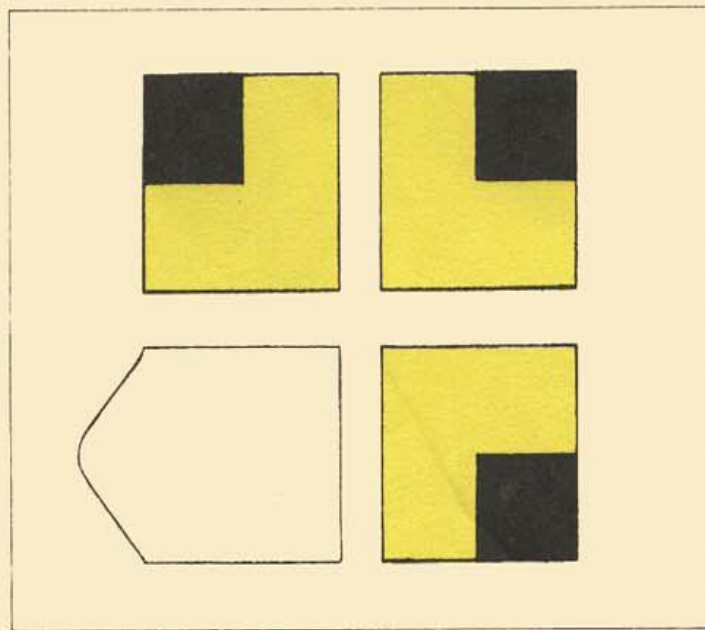
٥



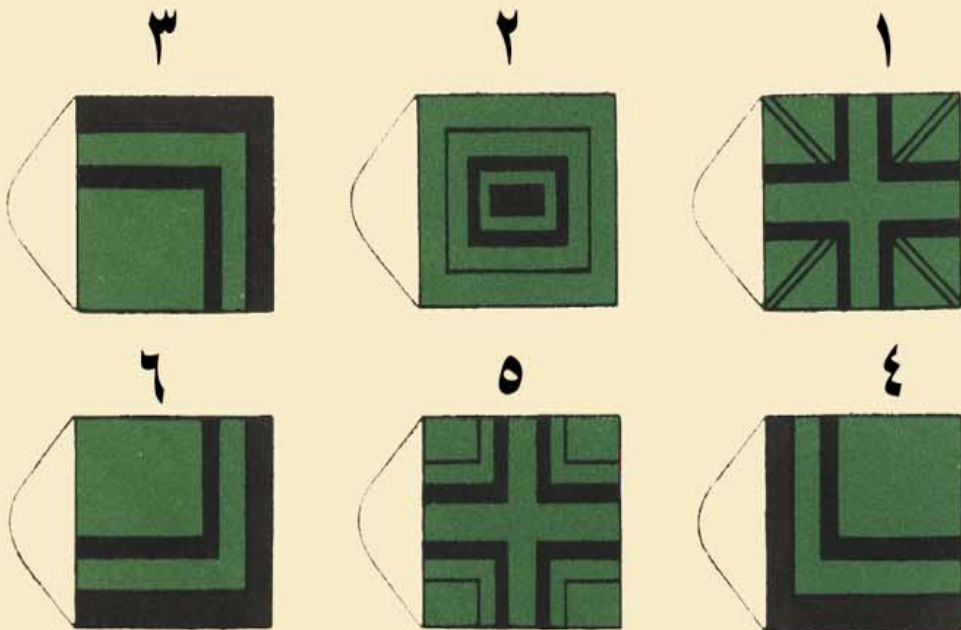
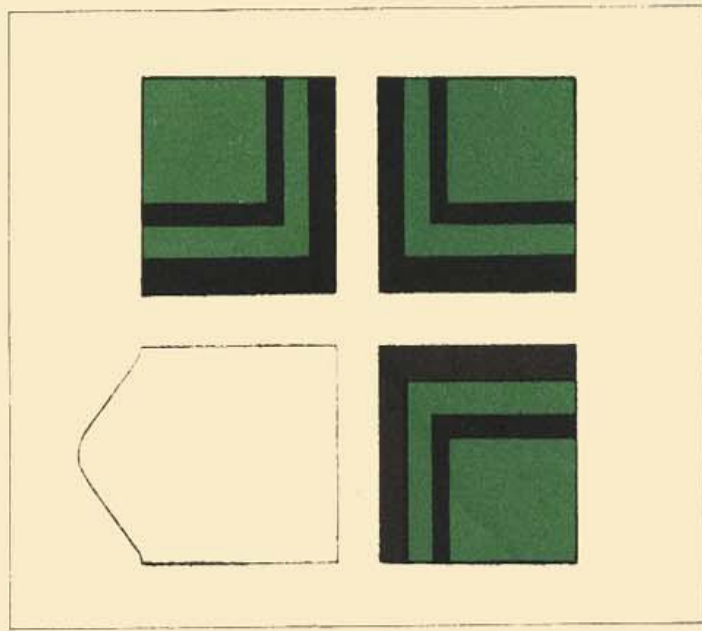
٤



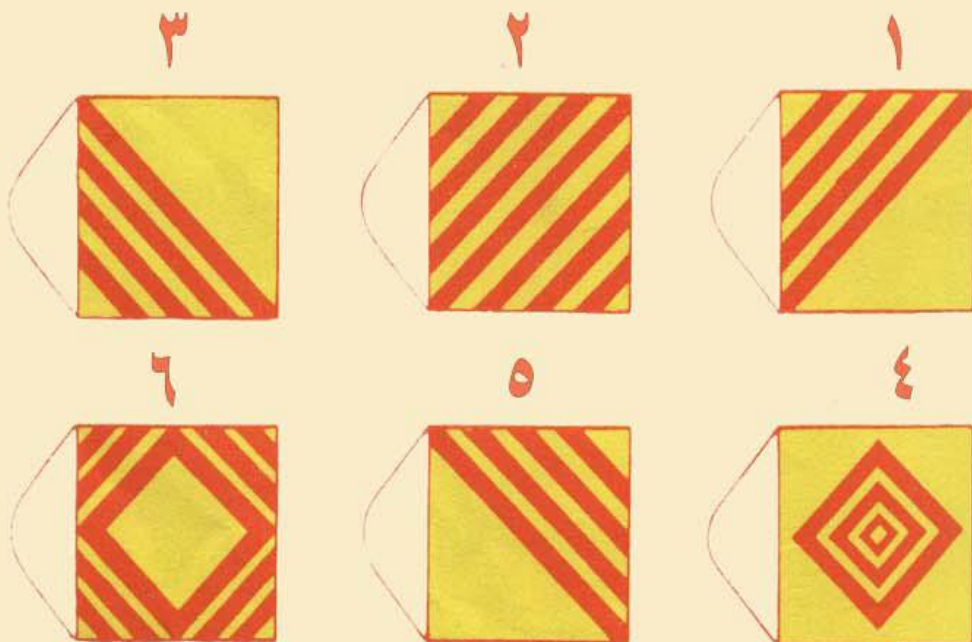
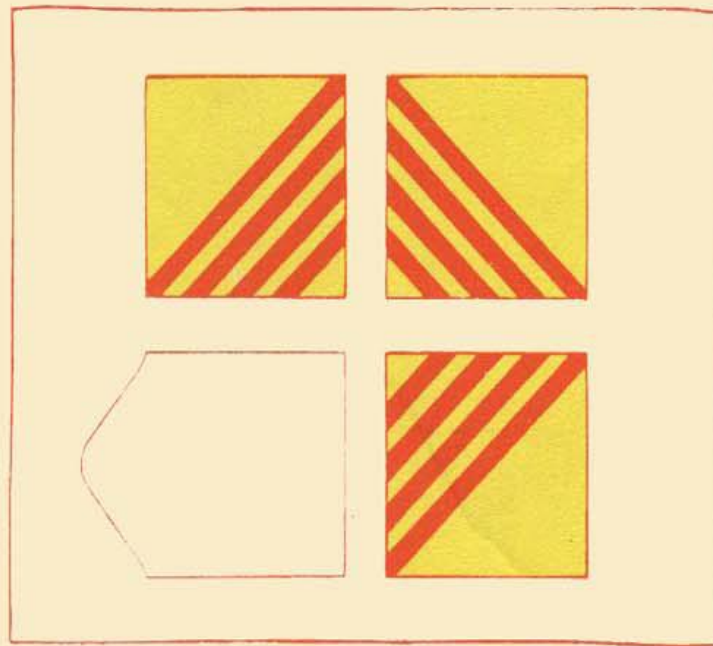
أب ٩



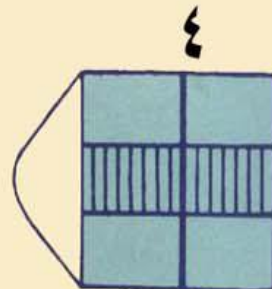
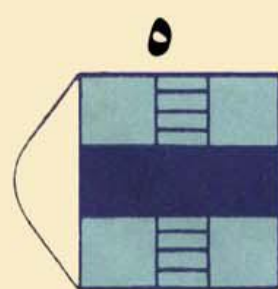
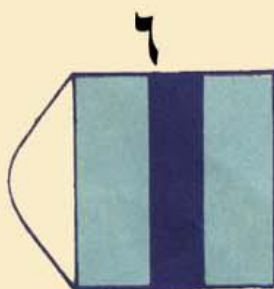
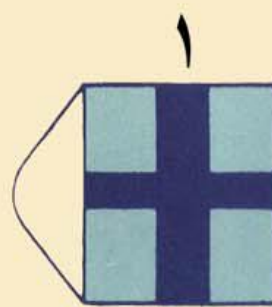
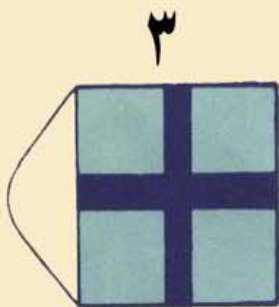
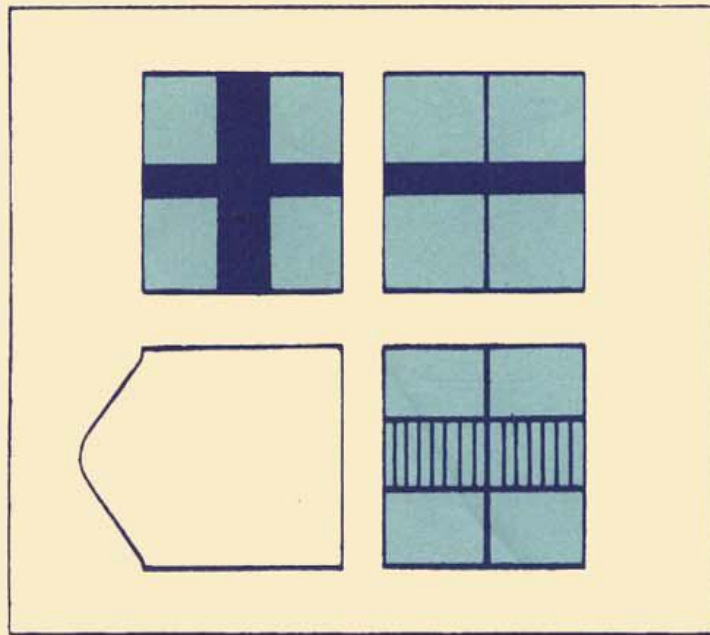
أب ١٠



أب ١١

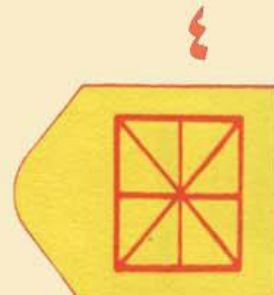
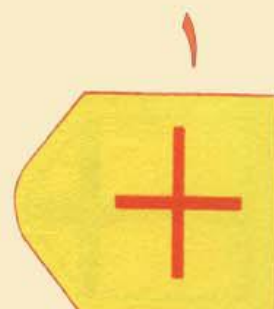
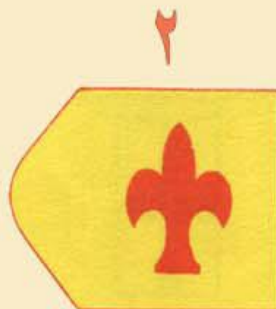
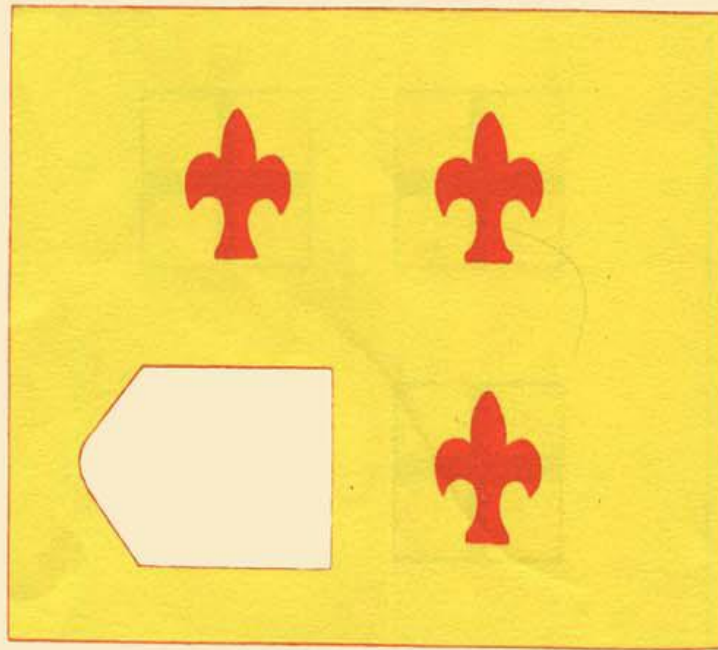


أب ١٢

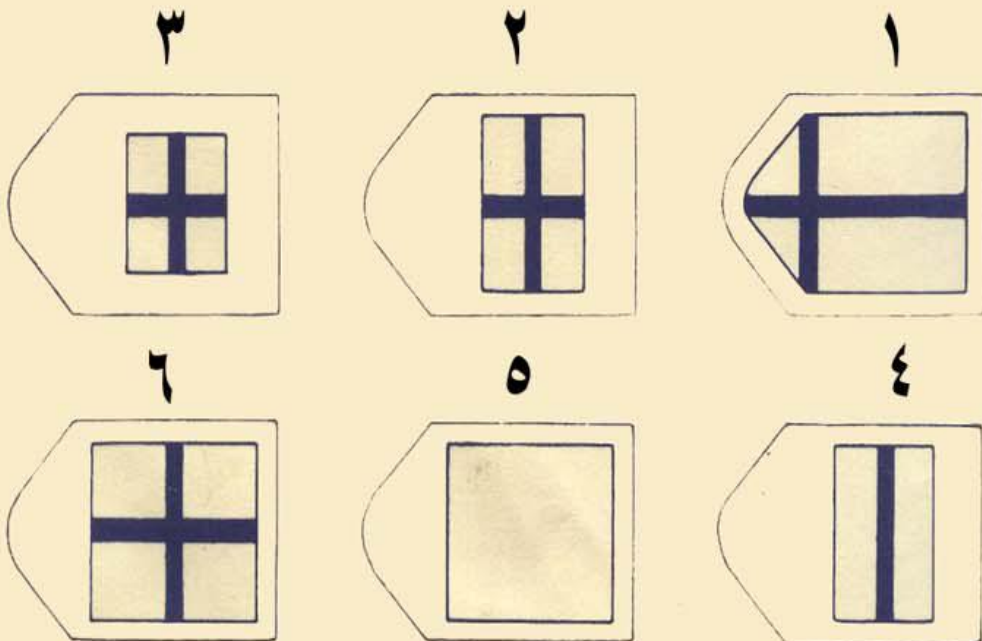
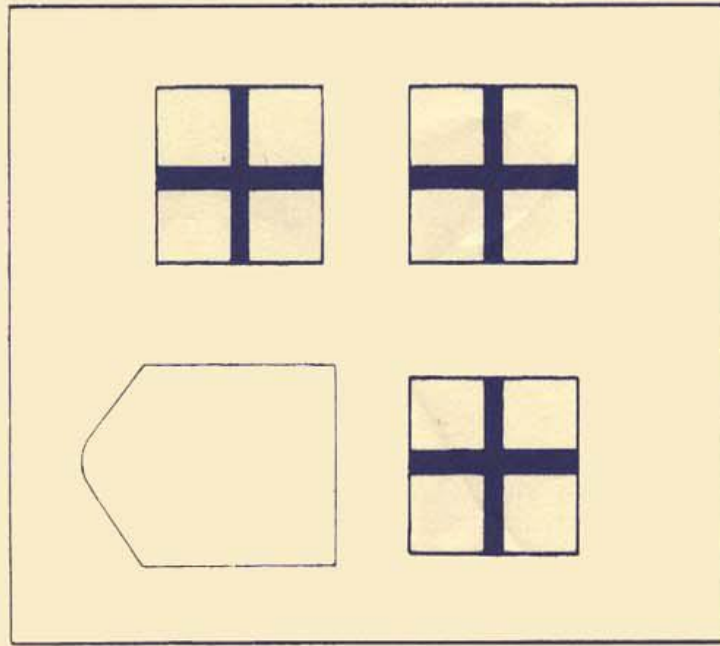


بـ

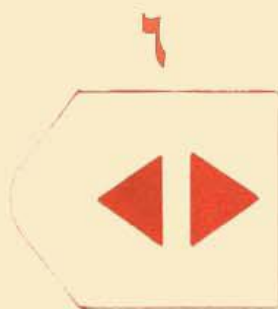
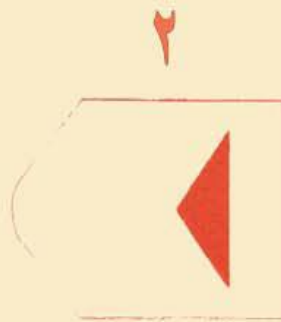
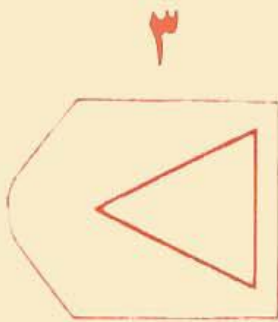
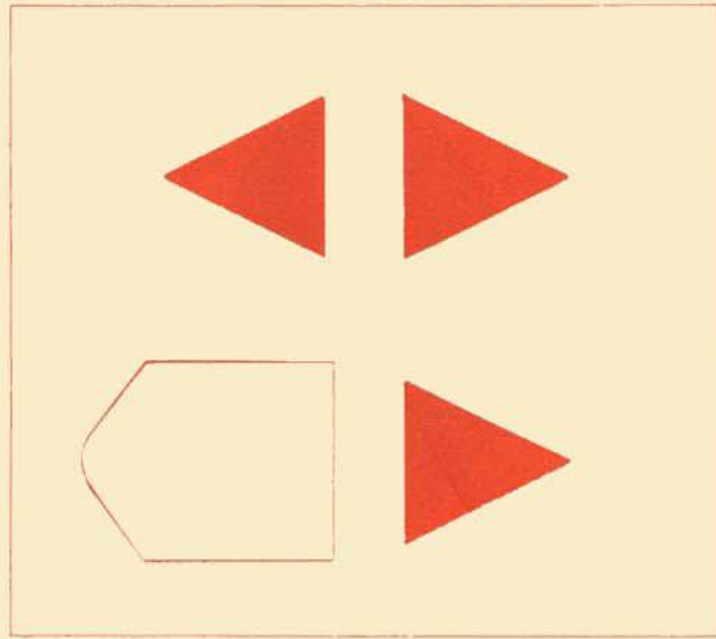
با



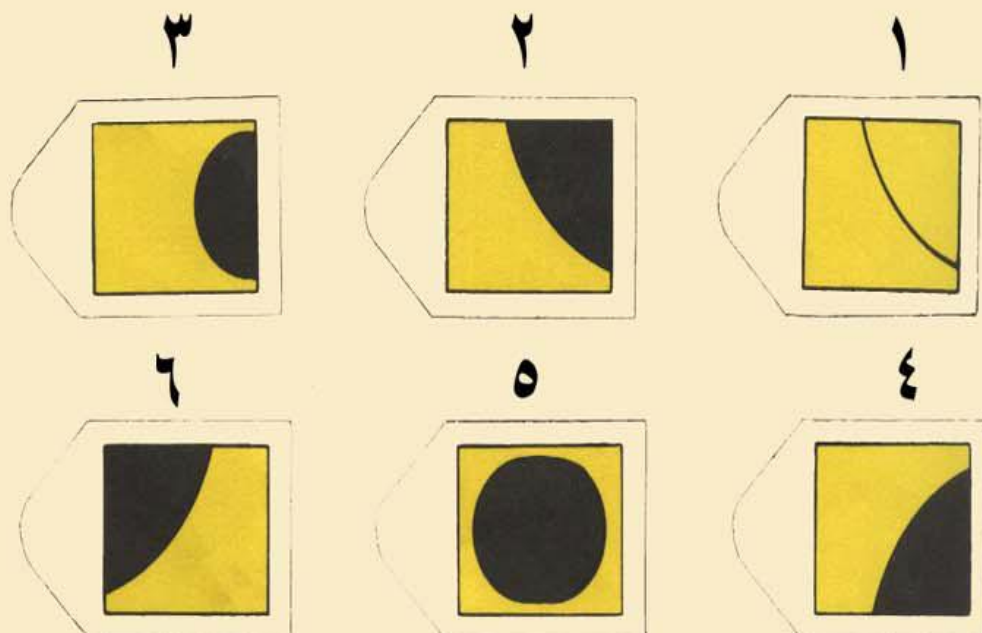
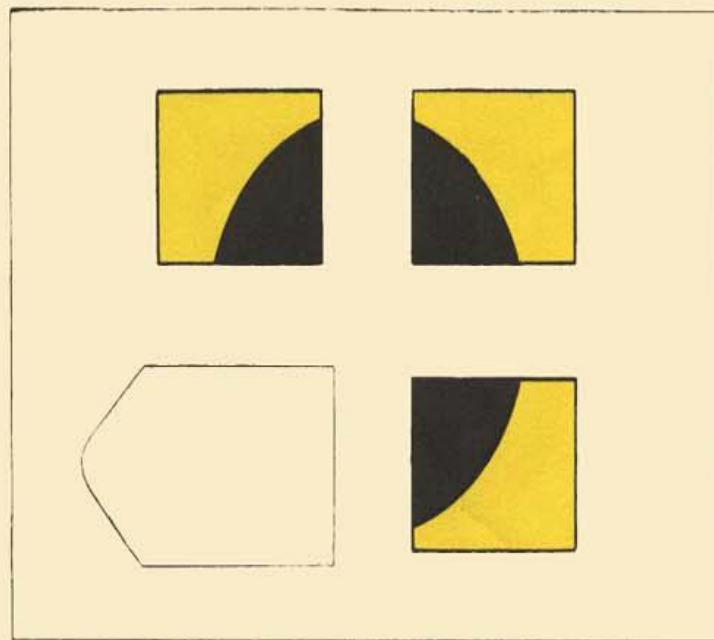
بأ



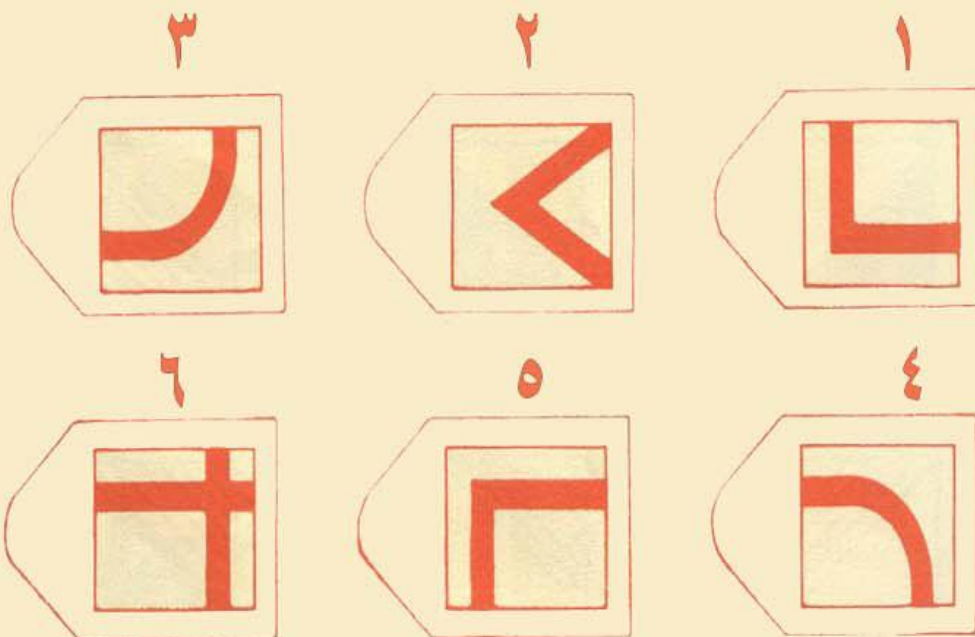
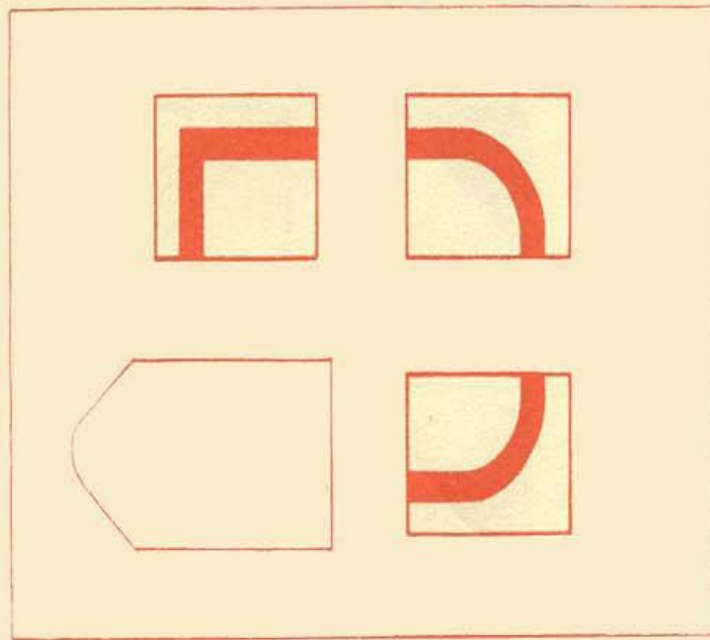
ب ٣



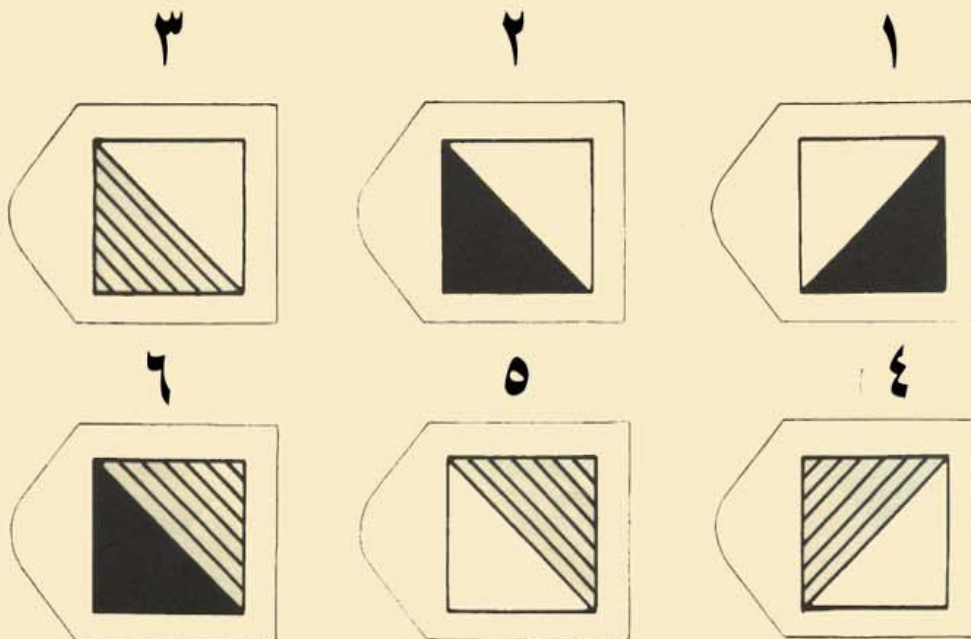
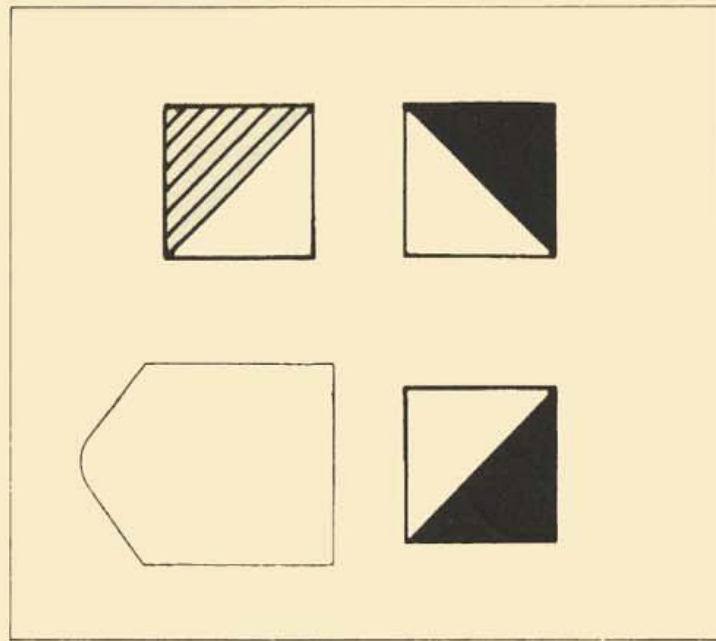
باء



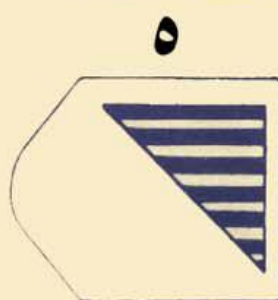
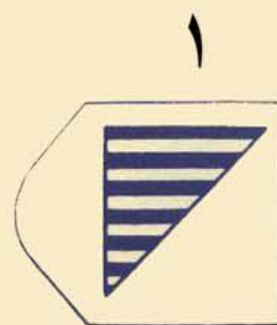
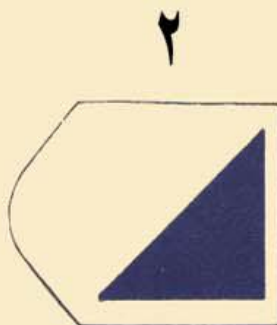
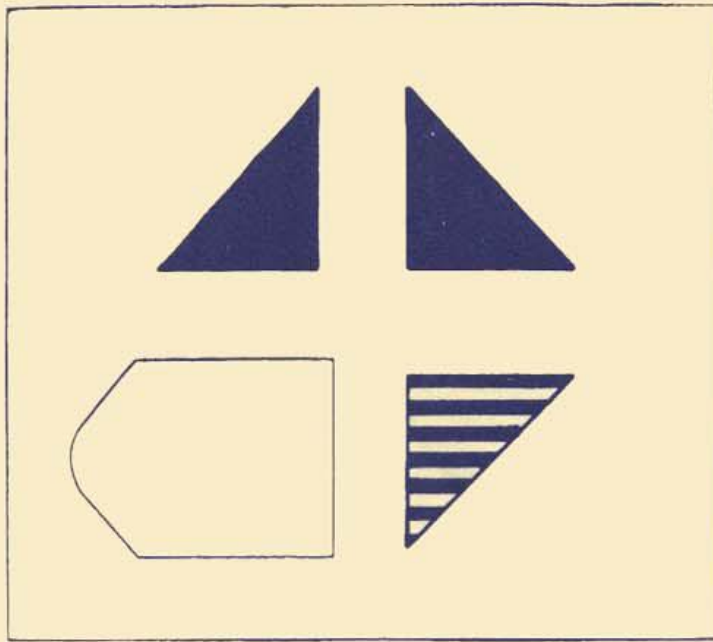
ب ٥



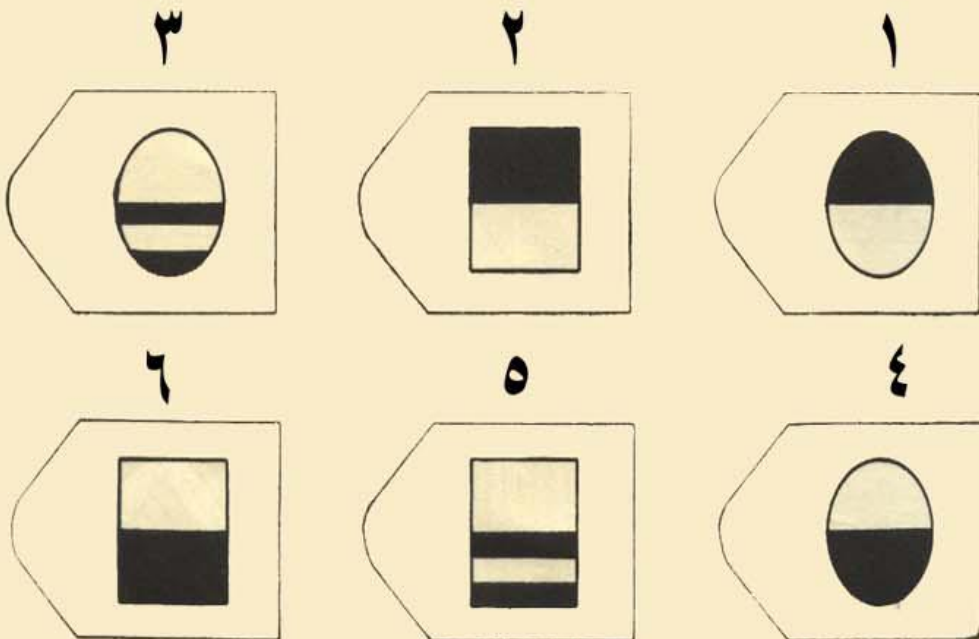
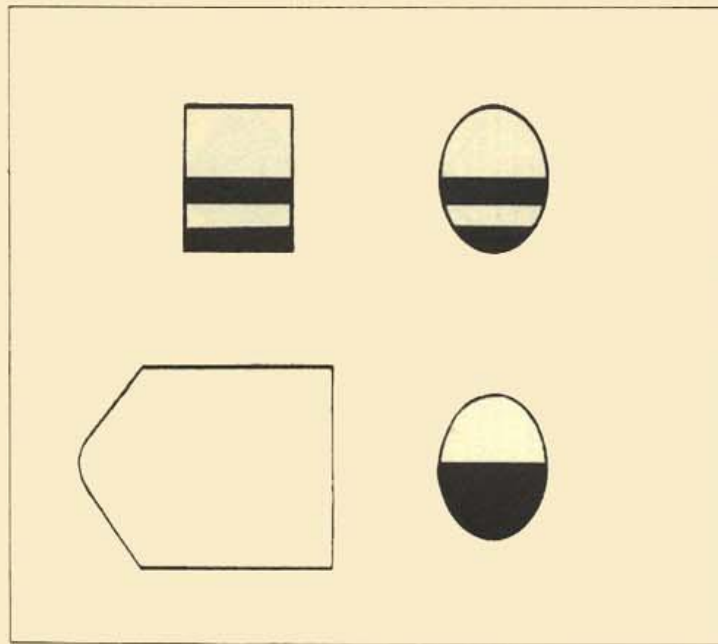
بأ



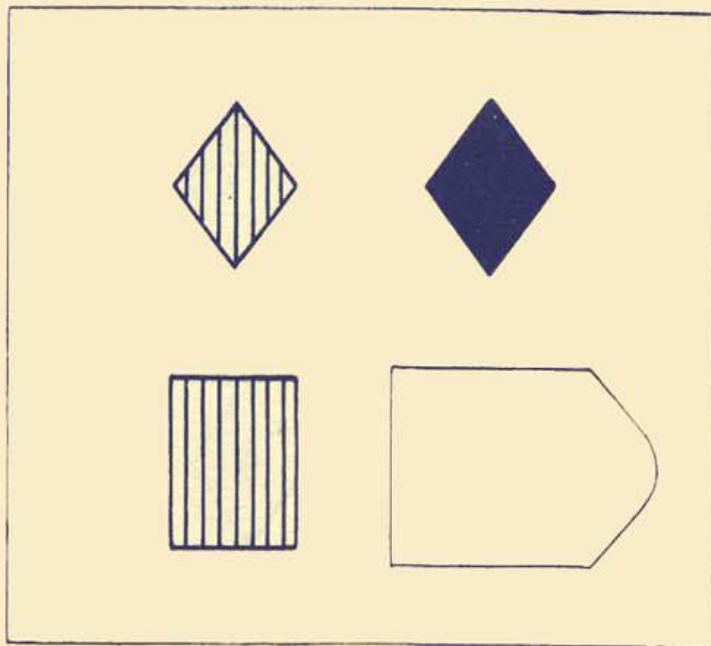
ب ٧



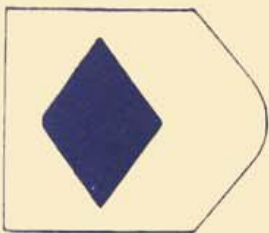
ب ٨



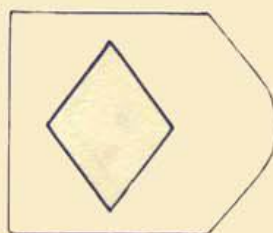
ب ٩



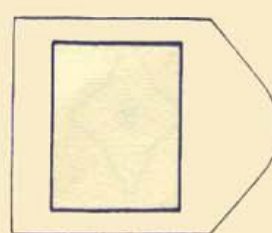
٣



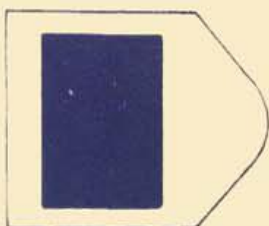
٢



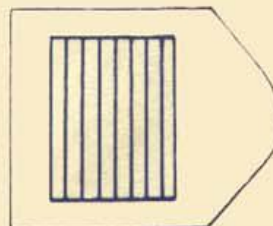
١



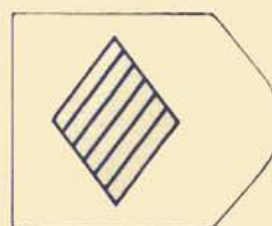
٦



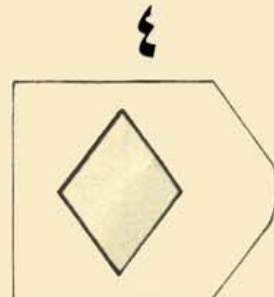
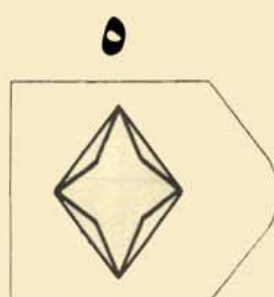
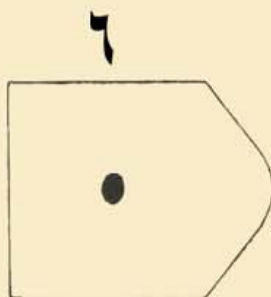
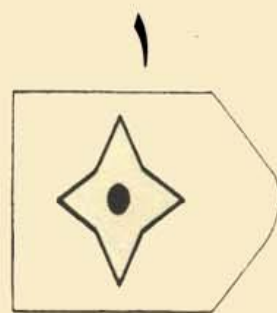
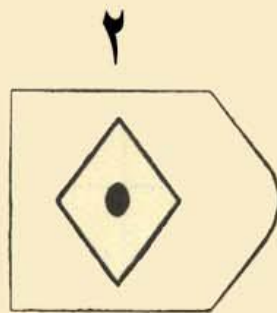
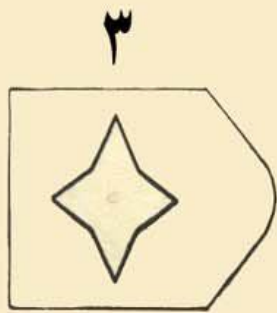
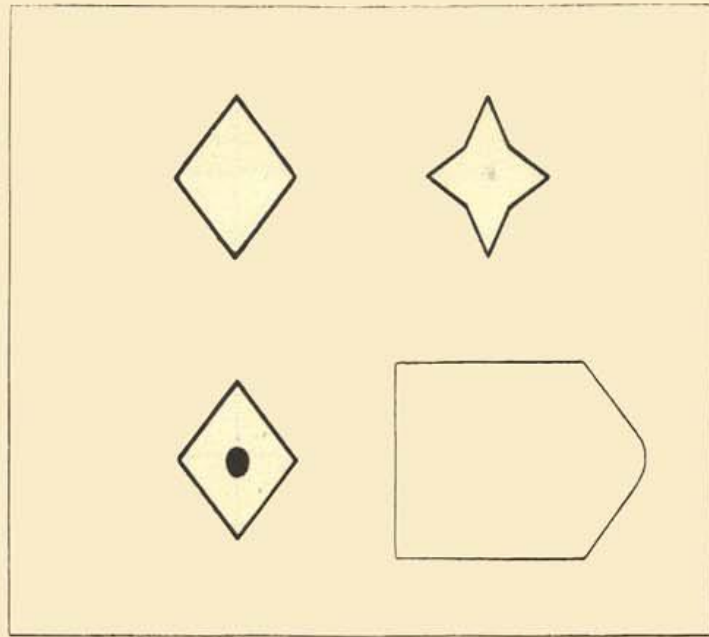
٥



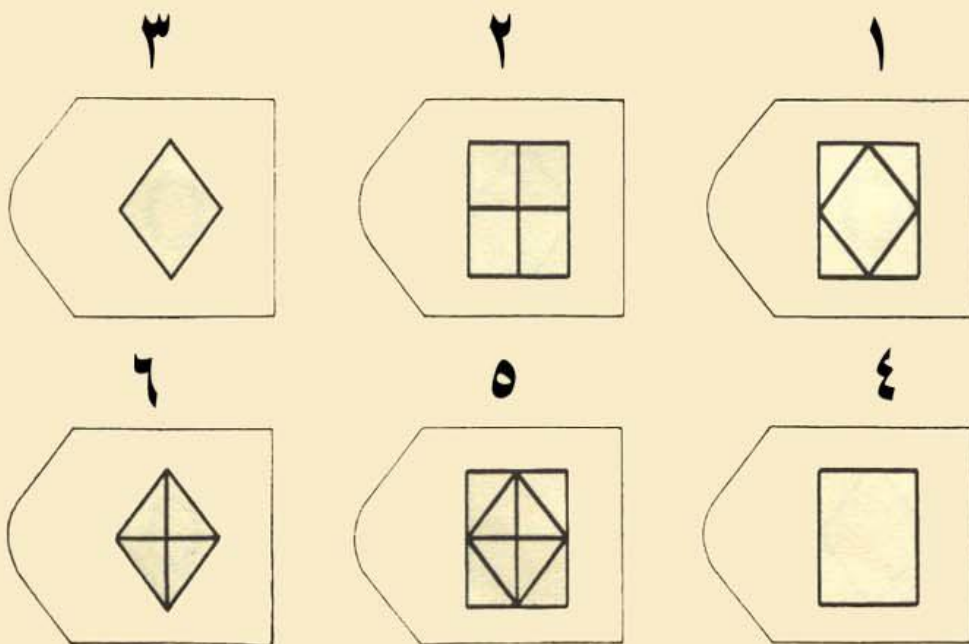
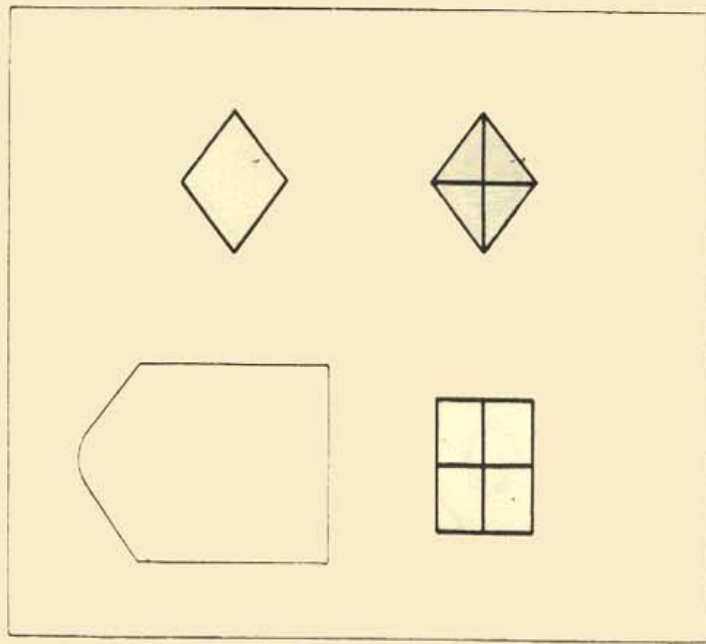
٤



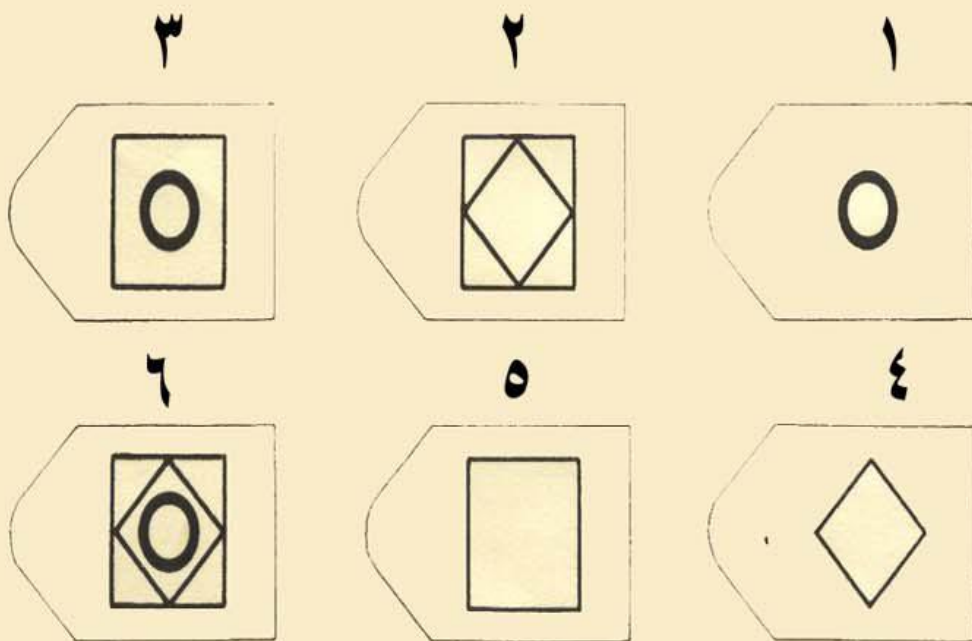
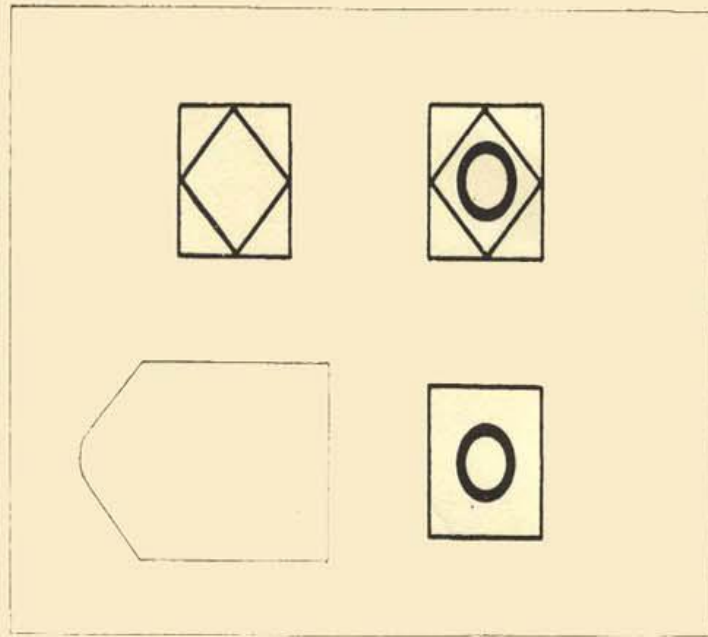
ب ١٠



ب ۱۱



ب ١٢



ورقة إجابة الصفوف المتابعة للمون

المنطقة () الرقم ()

الاسم:	الشوح: ذكر - أنثى	تاريخ الميلاد: / /	العمر:	العنوان: مدينة - منجى - قرية - منطقة إسكان
المواطنة: مواطن - لاجئ	تاريخ التطبيق: / / ٢٠١٠	الصف:	المرحلة:	

الجموعه ب						
٦	٥	٤	٣	٢	١	
						ب١
						ب٢
						ب٣
						ب٤
						ب٥
						ب٦
						ب٧
						ب٨
						ب٩
						ب١٠
						ب١١
						ب١٢

الجموعه أب						
٦	٥	٤	٣	٢	١	
						أ١
						أ٢
						أ٣
						أ٤
						أ٥
						أ٦
						أ٧
						أ٨
						أ٩
						أ١٠
						أ١١
						أ١٢

الجموعه أ						
٦	٥	٤	٣	٢	١	
						أ١
						أ٢
						أ٣
						أ٤
						أ٥
						أ٦
						أ٧
						أ٨
						أ٩
						أ١٠
						أ١١
						أ١٢

الدرجة الكلية	مجموع ب	مجموع أب	مجموع أ

المنطقة () الرقم ()

ورقة إجابة المصفوفات المتتابعة الملون

الاسم:	التوع: ذكر - نسي	تاريخ الميلاد: / /	العمر:	العنوان: مدينة - مخيم - قرية - منطقة - إسكان
المواطنة: مواطن - لاجر	تاريخ التسجيل: / / ٢٠١٠	الصف:	الدرجة:	

المجموعة ب					
٦	٥	٤	٣	٢	١
					ب١
					ب٢
					ب٣
					ب٤
					ب٥
					ب٦
					ب٧
					ب٨
					ب٩
					ب١٠
					ب١١
					ب١٢

المجموعة أ					
٦	٥	٤	٣	٢	١
					أ١
					أ٢
					أ٣
					أ٤
					أ٥
					أ٦
					أ٧
					أ٨
					أ٩
					أ١٠
					أ١١
					أ١٢

المجموعة أ					
٦	٥	٤	٣	٢	١
					أ١
					أ٢
					أ٣
					أ٤
					أ٥
					أ٦
					أ٧
					أ٨
					أ٩
					أ١٠
					أ١١
					أ١٢

تدرجة الكلية	مجموع ب	مجموع أ	مجموع أ

نسبة الذكاء IQ	الدرجة المئوية	توصيف المستوى العقلي	المستوى العقلي
120 فما فوق	95 فما فوق	ممتاز جداً	المستوى الأول (ممتاز)
110-100	94-90	أ- ممتاز	المستوى الثاني (أعلى من المتوسط في القدرة العقلية)
	89-75	ب- جيد جداً	
99-90	74-50	أ- جيد	المستوى الثالث (المتوسط في القدرة العقلية)
	49-26	ب- أقل من الجيد	
89-80	25-11	أ- ضعيف	المستوى الرابع (أقل من المتوسط في القدرة العقلية)
	11-6	ب- ضعيف جداً	
70 فأقل	5-0	مختلف عقلياً	المستوى الخامس (التخلف العقلي)

ملحق رقم (06) يمثل وثيقة ادارية.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
Faculté des lettres et des langues et des sciences sociales
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

عين تموشنت في: 2016-0-0

طلب ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

إلى السيد (ة) /
مدرس مرسية الطفال الموهومين سمعيا
للمناهج وتموشنت

نرجو منكم التفضل بقبول استقبال الطالب:

الاسم واللقب (ة): لبن عاسور حورية، باخسي خضيلة

تاريخ ومكان الميلاد: 30 جوان 1980 عين تموشنت، 22 ديسمبر 2009 عين تموشنت

المسجل في: سنة ثانية ماستر علم النفس الحيادي

وذلك من أجل إجراء تربص ميداني داخل مصالحكم. يهدف هذا التربص إلى تدعيم التكوين بتطبيق المعارف النظرية التي تم تدريسها لهم بالمؤسسة الجامعية.

تاريخ فترة التربص: من: 15 فيفري 2016 إلى 15 ماي 2016

الأستاذ(ة) المشرف(ة): س. س. ز. ن. ب.

خلال هذا التدريب، الطالب ملزم بالامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن. نعتد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا، سيدتي وسيدي، خالص شكرنا وتحياتنا.

رئيس القسم أو المسؤول البيداغوجي
سنني أحمد
رئيس قسم
العلوم الاجتماعية

وزارة التضامن الوطني
المؤسسة الوطنية
للدراسة والبحوث
المعرفية والبيداغوجية
للطفال الموهومين
عين تموشنت
حسين

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب / طريق سدي بلعاس. ص.ب 284 عين تموشنت - الجزائر
UNIVERSITY AIN TEMOUCHENT BELHADJ BOUCHAIB
BP 284 Route de SIDI BELABBES - AIN TEMOUCHENT-46000 - ALGERIE

