

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم موسومة بـ:

الآليات العقلية للمتمدرس وعلاقتها بالفضل المدرسي

التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان

إشراف:

د. بن عصمان برحيل جويده

من إعداد الطالب:

زيتوني محمد زهير

لجنة المناقشة

| | | | |
|--------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| رئيسا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | أ.د. فقيه العيد |
| مشرفا ومقررا | جامعة تلمسان | أستاذة محاضرة (أ) | د. بن عصمان جويده |
| عضوا مناقشا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | أ.د. بشلاغم يحي |
| عضوا مناقشا | جامعة وهران 2 | أستاذة محاضرة (أ) | د. زروالي لطيفة |
| عضوا مناقشا | جامعة وهران 2 | أستاذة محاضرة (أ) | د. قادري حليلة |
| عضوا مناقشا | جامعة سيدي بلعباس | أستاذ محاضر (أ) | د. حلوش مصطفى |

السنة الجامعية: 1437 - 1438هـ / 2016 - 2017م

الاهداء

اهدي ثمرة نجاحي إلى أطهر الأرواح التي غادرتنا، أسكنه الله فسيح جنانه .
إلى قدوتي وقرّة عيني أمي الغاية التي منحتني الحياة وعلمتني التواضع فيها
أطال الله في عمرها .

إلى من ساندتني طوال مشواري الدراسي والتي كانت دائما بجانبني
زوجتي .

إلى أبنائي : خلود، مهدي، إلياس وإبراهيم حفظهم الله .
إلى أحلى وأطيب عائلة كرمني الله عزّ وجل بها، أخواتي : نظيرة، سمير، جريدة، سعيدة
ومريم .

إلى كل زملائي وزميلاتي في الدراسة والعمل وبن حمادي إبراهيم وبن
عزوزي إبراهيم .

إلى كل من يطالع أو يقرأ هذا العمل المتواضع وعسى الله أن يجعله علما نافعا وعملا
مقبولا .

الباحث

كلمة شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى القائل: من

لا يشكر الناس لا يشكر الله ومن لا يشكر القليل لا يشكر الكثير (متفق عليه).

تحية وتقدير واحترام لكل من ساعدنا في انجاز هذا العمل المتواضع الذي نأمل أن

يكون عملا يستفيد منه الجميع.

أتوجه بعميق الشكر والامتنان للأستاذة الدكتورة المشرفة بن عصمان . برحيل جوية

التي كانت لي خير عون وسند خلال رحلتي البحثية الشاقة، فلها مني أخلص التقدير

والعرفان .

وكما أتقدم بالشكر البالغ للجنة المناقشة على قبولها لمناقشة هذا العمل البحثي المتواضع .

كما أتقدم بالشكر الجزيل أيضا إلى كل من ساعدنا من بعيد أو من قريب من أساتذة

قسم علم النفس بجامعة تلمسان، كما أتوجه بتشكراتي إلى المؤسسات التعليمية بمنطقة

تلمسان وعلى رأسهم المؤسسات التي ضمت بين احضانها أفراد مجتمع الدراسة

من التلاميذ المصابين بالصرع وكذلك وحدات الكشف والمتابعة للصحة المدرسية التابعة لها .

كما يسرني أن أتوجه بعميق الشكر إلى جميع عمال وحدة العلوم النفسية بالمستشفى

الجامعي تلمسان الذين ساعدوني على تقنين أداة الدراسة .

الباحث

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف على الآليات العقلية للمتمدرس وعلاقتها بالفشل المدرسي لدى التلاميذ المصابين بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان، كما هدفت أيضا إلى معرفة طبيعة الفروق في الآليات العقلية لدى أفراد عينة الدراسة حسب عدّة متغيرات (الجنس، السن، نوع النوبة الصرعية ومدّة الاصابة).

استخدم الطالب الباحث المنهج الوصفي، وتمثل مجتمع الدراسة في تلاميذ وتلميذات متمدرسين في المرحلة الابتدائية بولاية تلمسان يعانون من فشل مدرسي. بلغ حجم العينة 33 تلميذ متمدرس (23 ذكور و 10 إناث) تمّ اختيارهم بطريقة قصدية، تتراوح اعمارهم ما بين (07-12 سنة) موزعين على خمسة عشر مدارس ابتدائية.

تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية من إعداد كمال يوسف بلان (2011) والسجلات المدرسية المتمثلة في معدلات التلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع للموسم الدراسي 2015-2016. حيث جاءت نتائج الدراسة على النحو الآتي:

- أن الآليات العقلية أكثر انتشارا لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان هي: القلق، النشاط الزائد، الاكتئاب، الاضطرابات السلوكية.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بالآليات العقلية لدى الأطفال المتمدرسين المصابين بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان في ضوء متغير: نوع النوبة الصرعية، السن، مدة الاصابة.
- يوجد فرق دال احصائيا بين الذكور والاناث من حيث الآليات العقلية.
- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس والفشل المدرسي: التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان.

Résumé d'étude :

Titre d'étude

Les mécanismes mentaux chez l'élève scolarisée et sa relation avec l'échec scolaire :

les élèves épileptiques dans les établissements scolaires de la wilaya de Tlemcen.

L'étude a été dans le but de déceler les mécanismes mentaux afin pour but de déterminer la relation entre ces mécanismes et l'échec scolaire. Comme elle a été dans le but de déterminer les différences entre les degrés de ces mécanismes mentaux selon les variables suivants : sexe, âge, type de la crise d'épilepsie et la durée de la maladie.

La méthodologie utilisée a été la méthode descriptive corrélationnelle, car elle a été plus appropriée pour savoir la réalité de cette étude.

L'échantillon est constitué des élèves épileptiques scolarisées en situation d'échec scolaire, qui sont entre (07-12 ans) distribuées en 15 écoles primaire situé dans la wilaya de Tlemcen. Le chercheur a utilisé les outils de recherche suivants : l'échelle de mesure des troubles de comportement et émotionnels de Kamel Youcef Blan (2011) systématisé dans le milieu syrien. Le test de Bonhomme de Goodnough pour mesurer l'intelligence et aussi les moyennes annuelle 2015-2016.

Résultat d'étude :

-Les élèves épileptiques scolarisées se caractérisent par les mécanismes mentaux suivants : l'anxiété, l'hyperactivité, dépression et les troubles de comportement.

-Il n'y a pas eu de différence statistique significative entre les degrés des mécanismes mentaux chez les élèves épileptiques scolarisés dans les établissements scolaire de Tlemcen selon le sexe, l'âge, type de la crise d'épilepsie et la durée de la maladie d'épilepsie.

-Il y a eu de corrélation statistique significative entre les mécanismes mentaux et l'échec scolaire chez les élèves épileptiques scolarisés dans les établissements scolaire de Tlemcen.

فهرس المحتويات

| الصفحة | العنوان |
|--------|---|
| ب | الاهداء |
| ج | شكر وتقدير |
| د | ملخص الدراسة باللغة العربية |
| هـ | ملخص الدراسة باللغة الفرنسية |
| ك | فهرس الجداول |
| ل | فهرس الملاحق |
| 02 | مقدمة |
| | الجانب النظري |
| 06 | الفصل الأول: الاطار العام للدراسة |
| 07 | 1-الدراسات السابقة |
| 17 | 2- التعقيب عن الدراسات السابقة |
| 19 | 3- الاشكالية |
| 24 | 4- الفرضيات |
| 24 | 5- أهداف البحث |
| 24 | 6- أهمية البحث |
| 25 | 7- دوافع اختيار الموضوع |
| 26 | 8- صعوبات الدراسة |
| 26 | 9- منهجية البحث |
| 26 | 10- المفاهيم الاجرائية للبحث |
| 28 | 11- حدود البحث |
| 29 | الفصل الثاني: الصرع عند الطفل المتمدرس |
| 30 | تمهيد |
| 31 | أولاً: الطفولة في مرحلة التمدرس ومشكلاتها |

| | |
|----|---|
| 31 | 1- تعريف الطفولة |
| 31 | 2- الطفولة المتأخرة |
| 32 | 3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة وخصائصه |
| 36 | 4- أهم مشكلات التمدرس في مرحلة الطفولة المتأخرة |
| 38 | 5- المدرسة ودورها في الصحة النفسية للطفل |
| 40 | ثانيا: الصرع |
| 40 | 1- تعريف الصرع |
| 41 | 2- أنواع النوبات الصرعية |
| 44 | 3- تصنيف الصرع عند الطفل |
| 45 | 4- أسباب الصرع |
| 46 | 5- تشخيص الصرع |
| 48 | 6- علاج الصرع |
| 49 | 7- النظرة الاجتماعية لمريض الصرع |
| 50 | 8- الاضطرابات النفسية لدى الطفل المصاب بالصرع |
| 51 | 9- التدابير الاحتياطية اللازمة لإدارة حياة الطفل المصاب بالصرع |
| 52 | خلاصة |
| 54 | الفصل الثالث: الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع |
| 55 | تمهيد |
| 56 | 1- تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية |
| 59 | 2- أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل المصاب بالصرع |
| 68 | 3- خصائص الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع |
| 70 | 4- النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية |
| 72 | 5- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية |
| 73 | 6- الوقاية من الاضطرابات السلوكية وعلاجها |
| 75 | خلاصة |

| | |
|-----|---|
| 77 | الفصل الرابع: الفشل المدرسي |
| 78 | تمهيد |
| 79 | 1- تعريف الفشل المدرسي |
| 79 | 2- مفاهيم الفشل المدرسي |
| 84 | 3- تعريف التحصيل الدراسي |
| 85 | 4- أنواع أو مستويات التحصيل الدراسي |
| 87 | 5- خصائص التحصيل الدراسي |
| 88 | 6- العوامل المؤثرة على التحصيل الدراسي |
| 94 | 7- قياس التحصيل الدراسي وأهدافه |
| 96 | 8- تأثير الصرع على التحصيل الدراسي |
| 97 | 9- الاضطرابات النفسية والفشل المدرسي |
| 98 | 10- الإجراءات الوقائية والطرق العلاجية لظاهرة الفشل والرسوب المدرسي |
| 103 | خلاصة |
| 105 | الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية |
| 106 | تمهيد |
| 107 | 1 الدراسة الاستطلاعية |
| 108 | 1-1 الهدف من الدراسة الاستطلاعية |
| 108 | 1-2 وصف عينة الدراسة الاستطلاعية |
| 109 | 1-3 أدوات جمع البيانات |
| 120 | 2 الدراسة الاساسية |
| 120 | 1-2 منهج البحث |
| 120 | 2-2 عينة البحث وخصائصها |
| 122 | 2-3 الخصائص السيكومترية لعينة البحث |
| 123 | 2-4 الاطار المكاني للبحث |
| 124 | 2-5 الاطار الزمني للبحث |

| | |
|-----|---|
| 124 | 2-6 الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية |
| 125 | 2-7 إجراءات الدراسة |
| 126 | 2-8 الأساليب الإحصائية |
| 130 | الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج |
| 131 | 1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى |
| 134 | 1-1- عرض ومناقشة الفرضية الثانية |
| 135 | 1-2- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة |
| 136 | 1-3- عرض و مناقشة الفرضية الرابعة |
| 137 | 1-4- عرض ومناقشة الفرضية الخامسة |
| 138 | 2- عرض ومناقشة الفرضية السادسة |
| 141 | 3- استنتاج عام |
| 143 | 4- خلاصة عامة |
| 145 | 5- الاقتراحات |
| 148 | قائمة المراجع |
| 164 | قائمة الملاحق |

فهرس الجدول

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|--|-------|
| 115 | صدق التمييزي بالمقارنة الطرفية لمقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية | 01 |
| 116 | قيم معاملات الارتباط بين أبعاد الاضطرابات السلوكية والوجدانية والدرجة الكلية للمقياس حسب أفراد العينة | 02 |
| 117 | معامل الثبات مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية بطريقة ألفاكرونباخ | 03 |
| 117 | معامل الثبات مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية بطريقة التجزئة النصفية | 04 |
| 121 | مجموع عينة الدراسة الأساسية حسب المدارس خمسة عشر والمستوى التعليمي والجنس بمنطقة تلمسان | 05 |
| 122 | يمثل توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس | 06 |
| 122 | يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن | 07 |
| 123 | يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع النوبة الصرعية | 08 |
| 123 | يمثل أفراد العينة حسب متغير مدّة الإصابة | 09 |
| 131 | يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للآليات العقلية وترتيبها حسب أبعادها الستة. | 10 |
| 134 | يبين نتيجة اختبار "T" للدرجة الكلية للآليات العقلية لدى كل من الذكور والإناث. | 11 |
| 135 | يوضح الفروق في الآليات العقلية تعزى لتغير نوع الإصابة | 12 |
| 136 | يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في الآليات العقلية تبعًا لمتغير السن | 13 |
| 137 | يوضح الفرق بين أفراد عينة الدراسة في الآليات العقلية تبعًا لمتغير مدّة الإصابة | 14 |
| 139 | يبين معامل ارتباط بيرسون بين الآليات العقلية حسب مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى أفراد عينة الدراسة ودرجات التحصيل الدراسي. | 15 |

فهرس الملاحق

| الصفحة | العنوان | الرقم الملحق |
|--------|---|-----------------|
| 165 | المقياس الاصلي للاضطرابات السلوكية والوجدانية من إعداد امال عبد السميع باظة (2001) | 01 |
| 172 | المقياس المستخدم في الدراسة: مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية المعدل من طرف كمال يوسف بلان وإيمان عزّ (2011) | 02 |
| 178 | الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة | 03 |
| 182 | اختبار رسم الرجل لجودنوف | 04 |
| 190 | الإحصاء الوصفي | 05 |
| 191 | دراسة الفروق لمتغيرات الدراسة | 06 |
| 201 | دراسة العلاقة باستخدام معامل ارتباط بيرسون | 07 |
| 205 | معدلات التلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع | 08 |

للتحصيل الدراسي أهمية كبيرة على حياة الطفل المتمدرس وأسرته نظرًا لجوانبه الهامة في حياته، فهو الذي يحدد بالدرجة الأولى مدى نجاح التلميذ دراسيًا وذلك في تجاوز مراحل دراسية متتالية بنجاح على الدرجات التي تؤهله لذلك أو فشله وذلك بتدني درجات التحصيل والذي يترجم عادة بتكرار أو إعادة السنة الدراسية، بل حتى مواصلة التعليم في مؤسسته التعليمية وإبعاده عنها نهائيًا.

إلا أن الأمراض التي قد تصيب الأطفال في هذه المرحلة (التمدرس) قد تحوّل دون تحقيق مميزات الطفل الناجح دراسيًا واجتماعيًا فتظهر لديه مشكلات سلوكية وانفعالية تؤثر على علاقته وتواصله الاجتماعي وحتى الدراسي.

يعتبر مرض صرع الأطفال من الأمراض العصبية المزمنة الأكثر انتشارًا في الآونة الأخيرة، فهو عبارة عن تكرار نوبات تشنجية نتيجة خلل مؤقت في الجهاز المركزي (الدماغ) حيث اهتمت العديد من الدراسات بهذا الموضوع وتأثيراته في العديد من الجوانب كدراسة (سليمان على أحمد وصفاء ولي الدين الهادي، 2011) ودراسة (lihner and kalchmayr, 1999)، مما يُولد لدى الطفل الصرعي آليات عقلية تتمظهر غالبًا على شكل اضطرابات سلوكية وانفعالية، مما نجد أن كل المحيطين به يتأثرون بذلك الوالدين والمدرسين. لذا فقد ظهر في أوساط الباحثين والمختصين الاهتمام بما أطلقوا عليه مصطلح الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهو حديث نسبيًا لأن النمط والشكل الحالي المتبع في دراستها وطريقة تفسيرها بكل جوانبها يعكس آراء وتوجهات حديثة مواكبة للعصر (القاسم وآخرون، 2000، ص 05).

إذا كانت الاضطرابات السلوكية والانفعالية تُلقب بضلالها السلبية على غير المصابين بالصرع سواء مع ذواتهم أو بيئتهم خصوصًا الحياة المدرسية وذلك في ضوء ما يلاحظ في الواقع حيث أكدته معظم الدراسات على تلك العلاقة (بالنسبة لغير الصرعيين) كدراسة (محمود عبد الحلیم منسي،

1981 و كريستوفر كارول، 1998) فكيف الحال بمن كانت إعاقتهم كالصرع سببًا لإحاطتهم بواقع اللاتقبل اجتماعي كالرفض والنبذ والتهميش والإهمال...

وحسب اجتهادي واطلاعي ولندرة الدراسات التي تهتم بالجوانب السلوكية والانفعالية لهذه الفئة وعلاقة كل هذه الجوانب بمتغير الفشل المدرسي فقد ارتأى الطالب الباحث أن يتناول دراستها وربطها بمصطلح الآليات العقلية لدى الطفل المصاب بالصرع وذلك لتكرارها وشيوعها لهذه الفئة التي غالبًا ما يستعملونها كأحد أساليب التعويض أو التهرب من مشاعر الحرمان والنقص والإحباط جراء تكرار النوبات الصرعية وكذلك ردًا على ما يواجهه من صراعات داخلية وخارجية بيئية.

ونظرًا لتواجد وتواتر الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع والذي ينتمي إلى المدارس المتواجدة بالمؤسسات المدرسية بتلمسان واختلاف نوعها وشدتها من طفل لآخر ومدى تأثيرها على كل النواحي وخاصة من الناحية الدراسية، فإنه تمّ التطرق من خلال هذا الموضوع إلى الآليات العقلية للمتمدرس المصاب بالصرع وعلاقتها بالفشل المدرسي: التلاميذ المصابين بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان مبيّنًا مدى شيوع وانتشار هذه الآليات العقلية ومدى الفروق لمتغيرات الدراسة (الجنس، السن، نوع الإصابة بالصرع، مدة الإصابة) ثم التعرف على العلاقة بين هذه الآليات العقلية لدى هؤلاء التلاميذ والفشل المدرسي.

وقد تضمنت الدراسة جانبين أساسيين هما:

الجانب النظري: يتكون من أربعة فصول إذ تعرض الطالب الباحث في الفصل الأول: الإطار العام للدراسة التي يتضمن الإحاطة بموضوع البحث بداية بالدراسات السابقة والتعقيب عنها، الإشكالية، الفرضيات، أهداف البحث وأهميته ثم المنهجية العامة وتحديد المفاهيم الإجرائية، ثم ختمنا الفصل بصعوبات الدراسة. ثم تطرقنا في الفصل الثاني الصرع لدى الطفل المتمدرس أين تناول

الباحث أولاً الطفولة في مرحلة التمدرس ومشكلاتها وفي الأخير تمّ التعرض لمحور الصرع عند الطفل وأهم مفاهيمه والخصائص العيادية له.

أما الفصل الثالث فجاءت تحت عنوان الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع حيث تطرقنا إلى أهم الآليات العقلية لدى الطفل الصرعي والمتمثلة في ستة أبعاد أساسية وهي: اضطرابات السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي والقلق ثم تناولنا على أهم خصائصها لدى الطفل الصرعي.

وفي حين جاء الفصل الرابع ليشمل متغير الفشل الدراسي وأهم مفاهيمه ومدى ارتباطه بضعف نتائج التحصيل الدراسي وأهم العوامل المؤثرة فيه ثم مدى تأثير الصرع على نتائج التحصيل الدراسي.

- الجانب التطبيقي: يتكون من فصلين:

الفصل الخامس يتمثل في الإجراءات المنهجية والذي شمل شقين:

الشق الأول: الدراسة الاستطلاعية والتي تضمنت أدوات جمع البيانات والخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ثم الشق الثاني احتوى على الدراسة الأساسية وتناولنا منهج البحث، عينة البحث وخصائصها، إجراءات الدراسة والأدوات الإحصائية المستعملة.

أما الفصل السادس والأخير يتمثل في عرض النتائج ومناقشتها وتحليلها كمياً ثم التعرض إلى تفسيرها ثم ختمنا البحث بملخص عامة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- الخلفية النظرية للبحث وتحديد مشكلته

2- الفرضيات

3- أهداف البحث

4- أهمية البحث

5- دوافع اختيار الموضوع

6- منهجية البحث

7- المفاهيم الإجرائية للبحث

8- حدود البحث

9- صعوبات الدراسة

1- الخلفية النظرية للبحث وتحديد مشكلته

1-1. الدراسات السابقة:

- دراسة (محمود عبد الحليم منسي، 1981) جاءت تحت عنوان: بعض العوامل المرتبطة بالتأخر الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بالإسكندرية، حيث تناول الباحث في دراسته هذه بعض المشكلات النفسية المرتبطة بالتأخر المدرسي، حيث توصل إلى نتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتخلفين والمتقدمين دراسياً في المشكلات الصحية والاجتماعية والانفعالية (الخوف، القلق، الاضطرابات الانفعالية) وكلها في صالح المتفوقين بينما لا توجد فروق بين الجنسين من المتخلفين في المشكلات الصحية والاجتماعية والانفعالية.

- دراسة الباحث "ويتزمان وآخرون" (Wetzman and al, 1986) تحت عنوان الأمراض المزمنة، المشكلات النفسية والغياب المدرسي، حيث تناولت العلاقة بين المشكلات النفسية والصحية والدراسية عند عينة أطفال تتكون من 573 طفل تتراوح أعمارهم من بين 6-17 سنة، حيث وجد أن الأطفال ذوي الأمراض الصحية المزمنة كانوا أكثر تغيياً عن المدرسة من الأصحاء، والأطفال ذوي المشكلات النفسية بأنواعها كانوا كثيري الغياب عن المدرسة (محمد سيد عبد الرحمان، 1976).

- دراسة (السيد عبد الرحمن، 1998) وجاءت تحت عنوان "دراسة مسحية لمشكلات مرحلة الطفولة المتأخرة في محافظة الشرقية، وهدفت الدراسة إلى التعرف على مشكلات مرحلة الطفولة المتأخرة بين الجنسين وبمن أطفال الريف والحضر وطبق بذلك قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال على عينة تتكون من 382 طفل بالصف الرابع والخامس والسادس من التعليم الابتدائي في محافظة الشرقية وكانت أعمارهم تتراوح ما بين 9-12 سنة وتوصل بذلك إلى ترتيب هذه المشكلات حسب نسب انتشارها كما يلي: المشكلات السلوكية، مشكلات النوم، مخاوف

مرضية، اضطرابات سيكولوجية، القلق، أزمات عصبية، ثوران الغضب، مشكلات العلاقة مع الرفاق، هلاوس حسية، مشكلات منزلية، مشكلات الإخراج، مشكلات مدرسية وصحية.

- دراسة "كارول وبروتورو" (Carroll and Panteretto, 1998) قامت هذه الدراسة سنة 1998 تهدف إلى البحث عن تأثير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على التوافق الدراسي وصعوبات التعلم.

اشتملت عينة الدراسة على 48 مراهق تتراوح أعمارهم ما بين 14-17 سنة ولقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على وجود ارتباط سوء التوافق الدراسي وصعوبات التعلم باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أفراد العينة (محمد النوي محمد علي، 2005، ص 2)

- دراسة "ليهنر وكالشمير وسارل" (Lehner and Kalchmayr and Serles, 1999) هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة والاضطرابات المزاجية لدى مرضى الصرع الفص الصدغي المقاوم (المستعصي) وقد تكونت عينة الدراسة من 56 مريض شخصوا بواسطة رسم المخ الكهربائي (EEG) وأشعة الرنين المغناطيسي (IRM)

وقد تمّ ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (السن عند بداية النوبة وطول فترة المرض والدواء المستعمل، نوع النوبة وتكرارها) كما تمّ ضبط المتغيرات الديمغرافية وقياس معامل الذكاء. أحداث الحياة اليومية الكمية واضطراب المزاج بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاكتئاب كما أشارت النتائج إلى تأثير طول فترة المرض وتكرار النوبات والسن وتصلب قرن آمون على الاكتئاب وجودة الحياة عمومًا.

- دراسة " هرنانديز " (Hernandez, 1999) هدفت هذه الدراسة لتقييم بعض الوظائف المعرفية كمهارات التخطيط، الانتباه التنسيق الحركي. الذاكرة العاملة بواسطة مجموعة من

الروائر النفسعصبية لعينة من الاطفال المصابون بالصرع. أسفرت النتائج على وجود إختلالات وقصور في الوظائف التنفيذية أثرت على معظم مجالات النمو عند الطفل.

- دراسة " بيازيني وكاميفيني وماجيانو وآخرون" (2001, Piazini and camevini and magiori and canger and al).

هدفت الدراسة إلى تقييم و الكشف عن العلاقة والتفاعل بين القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع. شملت عينة الدراسة على 320 مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات على حسب نمط الصرع المجموعة الأولى ضمت 150 مريض يعانون من الصرع الجزئي. المجموعة الثانية ضمت 100 مريض يعانون من صرع مجهول السبب والمجموعة الثالثة ضمت 70 يعانون من الصرع المعمم وقد تم تشخيص المجموعات الثلاث بواسطة الرسم الكهربائي المخي (EEG) وأشعة الرنين المغناطيسية (IRM) وتمت المجانسة بين العينات في عامل مشترك لا أحد يعاني من أمراض نفسية أو عقلية) واستخدمت في هذه الدراسة عدّة اختبارات منها:

اختيار تقدير للحالة المزاجية، استبيان للتقدير الذاتي للاكتئاب واختبار التقدير الذاتي للقلق واختبار المصفوفات المتتابعة لرافن، أسفرت النتائج على:

- ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع الجزئي مقارنة بباقي المجموعتين

- لا توجد فروق بين الذكور والإناث في القلق والاكتئاب.

- عدم وجود ارتباط دال بين تكرار النوبات وبداية الصرع واستبيان الحالة المزاجية وبينت الدراسة أن اضطراب المزاج راجعة بالدرجة الأولى للتغيرات المحدثة في وظائف الدماغ نتيجة تكرار نوبات الصرع.

- دراسة (المختار مقسم، 2002) بعنوان المعتقد الشعبي للأمراض العقلية ولعصبية والصرع الطفولي نموذجًا والتي أجريت في مركز المعوقين بإحدى ولاية الغرب الجزائري (سيدي بلعباس) محاولة الكشف عن الفروق الموجودة بين التصور الشعبي والنموذج الطبي لأمراض الصرع، والاختلافات بين المعالجين التقليديين من حيث الأسباب، الأعراض، الوقاية، ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن التصور الشعبي لأمراض الصرع يختلف من النموذج الطبي من حيث الأسباب. الأمراض، سبل الوقاية والعلاج.

- دراسة "سميث وايليوت ولاش" (Smith and Elliott and Lach, 2002)

هدفت الدراسة للكشف عن المهارات المعرفية في الطفولة لأطفال مصابين بالصرع عسير (مستعصي)، تمت المقارنة بين مجموعتين من الأطفال، الأولى خضعت لعملية جراحية والثانية لم تخضع للعملية الجراحية، طبقوا عليهم عدّة مقاييس الذكاء، الذاكرة اللفظية، الذاكرة البصرية، المهارات الأكاديمية والانتباه مع مراعاة عدّة متغيرات كتأثير مضادات الصرع، شدة النوبات، سن ظهور أو نوبة مدّة امتداد النوبة، وأظهرت النتائج على أن:

- كلا المجموعتين سجلت تلف في الوظائف المخية.

- الأطفال الذين يتميزون بشدّة النوبات ومدّة امتدادها لهم نسبة ذكاء منخفضة وفهم قرائي والحساب منخفض كذلك.

- سن ظهور أول نوبة: جودة الحياة مع النوبات مرتبطة بنسبة حاصل الذكاء

- الأشخاص الذين يتناولون مضادات الصرع لديهم كفاءة منخفضة مقارنة لمن يخضعون لعلاجات أخرى.

- اختلاف طفيف للكفاءة المعرفية والمهارات الأكاديمية بين المجموعتين.

- اختلاف المجموعتين في اختبار الذاكرة اللفظية المجموعة الثانية أحسن من الأولى.

-دراسة "فاناس" (fanès,2003) هدفت هذه الدراسة لتحليل مستوى القدرات اللغوية لطفلة يتراوح سنّها 13 سنة مصابة بالصرع تمّ تشخيصها في الثامنة من عمرها، حالة الدراسة لها أخت توأم في حالة صحية جيدة التي سمحت للباحث لضبط المتغيرات المحيطة والبيئة ثم تمّ مقارنة قدرات التوأم (الأختين) بعينة أخرى تتكون من 10 أطفال في نفس السن. تحصلت حالة الدراسة (المصابة بالصرع) على درجة ذكاء 117 (فوق المتوسط مع تفوق درجة الذكاء العملي على الذكاء اللفظي $(Q.I.V > Q.I.P)$)، بينما تحصلت أختها التوأم على درجة ذكاء 145 في حين مستوى القدرات اللغوية كانت متكافئة ومتشابهة لكن كان الاختلاف والتباين على مستوى المعالجة النطقية حيث جاءت متباينة. حالة الدراسة ارتكبت أخطاء كثيرة في القراءة والنطق، في اختبار القراءة تميزت حالة الدراسة بتأخر سنتين بمستوى أقرانها وتمّ استنتاج أن اضطرابات النطق هي مرتبطة بتأثير مرض الصرع على القدرات اللغوية، خصوصًا النطقية (Isabelle Jambaque, 2008, p 46-47).

- دراسة "جونسون وآخرون" (Gonson et al, 2004) جاءت تحت عنوان: التأثير السلبي للقلق والاكتئاب على جودة الحياة لدى مرضى الصرع، حيث تكونت عينة الدراسة من 87 مريضًا يعانون من نوبات الصرع الفص الصدغي، حيث تمّ استخدام اختبار هاملتون للقلق والاكتئاب وجودة الحياة، وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود ارتباط دال بين القلق والاكتئاب وانخفاض جودة الحياة مثل : تكرار النوبة، طول فترة المرض وشدة النوبة، كما أظهرت النتائج أن النسب المتزايدة للاضطرابات النفسية والمزاجية لها تأثيرات مضادة على جودة الحياة، كما أشارت النتائج إلى أن المزاج والقلق عوامل قوية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في دراسة جودة الحياة لدى مرضى الصرع وهناك ضرورة لوجود تدخلات لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الصرع وتتضمن العلاج بالعقاقير أو العلاج بالتحليل النفسي.

- دراسة "روتبي" (Routhier, 2004) جاءت الدراسة تحت عنوان: المرونة المعرفية والتوافق الاجتماعي لدى الطفل المصاب بالصرع، هدفت هذه الدراسة لتقييم والكشف عن المرونة المعرفية لمجموعة من الأطفال مصابين بالصرع متمدرسين عاديًا وذلك من أجل تحديد دور هذا المتغير لتفسير مشكلات التوافق الاجتماعي، حيث تمّ قياس المرونة المعرفية باختبار "Wisconsin card" (WSCT) وأسفرت النتائج أن عينة الدراسة تحتاج لوقت وعدد كبير من المحاولات لإتمام الاختبار وفقر في الاستجابات اللغوية والمفاهيم واستنتجت أن هذه الخصائص المعرفية قد تؤثر على التواصل والنمو الاجتماعي.

- دراسة "فاستور وآخرون" (Fasteau et al, 2004) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر المتغيرات الديمغرافية والنفسية والاجتماعية وعلاقتها بالوظائف التنفيذية والنجاح المدرسي عند عينة من الأطفال مصابين بالصرع. بينت النتائج أنه إذا كان أثر قصور الوظائف النفسعصبية هو السبب المباشر على تدني مستوى التحصيل الدراسي بإمكان هذا الأثر التخفيف من حدّته عن طريق مساندة الوسط العائلي (Jambaque, idem, p 8).

- دراسة "سترين و كوباك وتورمان وآخرون" (Strine, Koban, 2005) تحت عنوان الضيق النفسي والاضطرابات النفسية وجودة الحياة لدى مرضى الصرع في الولايات المتحدة الأمريكية، وتمّ تحليل بيانات مجموعة من البالغين من مرضى الصرع تتراوح أعمارهم 18 سنة فما فوق، وتشير نتائج الدراسة إلى وجود احتمالات كبيرة جدًا للبطالة لدى الأشخاص مرضى النوبات الصرعية مقارنة بالأسوياء من خلال هذه الدراسة تمّ فحص العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات النفسية المصاحبة وبينت النتائج أن حوالي 41 من البالغين من مرضى الصرع يعانون من مستويات عالية من الألم والضيق النفسي واليأس ومشاعر الحزن، العصبية وانعدام القيمة .

- دراسة "تابار رولند وهارولد" (Thapar and Roland and 2005) (Harold,

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب وتكرار النوبات والعكس وأيهما السبب في حدوث الآخر، تكونت عينة الدراسة من 1255 مريض بالصرع النشط (580 من الذكور و 675 من الإناث) ومتوسط أعمارهم 40 سنة وقد تمّ تطبيق اختبار هاملتون لقياس القلق والاكتئاب، اختبار جودة الحياة واختبار تقدير الذات وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة موجبة بين تكرار النوبات وأعراض الاكتئاب وهذه الأعراض لها تأثيرات مهمة في المستقبل والتركيز على معالجة الاكتئاب سوف يؤدي إلى تحسن التحكم في النوبات.

- دراسة "ريكوفورسل" (Ryckevorsel, 2006) هدفت الدراسة لعرض أهم المشكلات المعرفية وعلاقتها بمتلازمة الصرع، خاصة الصرع العسير في الطفولة والطفولة المبكرة مثل متلازمة ويست (West) ومتلازمة لينوكس (Lennox Gastan). اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي وشملت الدراسة مقارنة نظرية من خلال سنن الإصابة ونوع المتلازمة ونتائج (EEE) الرسم الكهربائي المخي والسببية المرضية ومنطقة الإصابة.

أظهرت النتائج أن العجز المعرفي والنفصعصي يكون لدى الأشخاص المصابين بالصرع عضوي المنشأ (الذي سببه عضوي) وأبرز هذه المشكلات خصوصاً لدى الراشدين البطيء في المعالجة المعرفية. صعوبات في الذاكرة وعجز في الانتباه أما في الطفولة فكانت المشكلات المعرفية أكثر انتشاراً متعلقة باضطرابات اللغة، صعوبات التعلم، فقر في الأداء الأكاديمي ومشاكل سلوكية.

- دراسة "جرزيب وآخرون" (Grzyband Drzejezakand and Fiszer and al, 2006) هدفت إلى فحص خطورة أعراض الاكتئاب على مرضى الصرع حيث أجريت على عينة مكونة من 203 مصاباً بالصرع (117 إناث و 86 ذكور) تراوحت أعمارهم بين 18

و50 سنة تمّ تشخيصهم بالرسم الكهربائي المخي (EEG) وأشعة الرنين المغناطيسي (I.R.M) وكانت أعراض الاكتئاب متمثلة في شكل شكاوي جسدية (أرق، فقدان الشهية) واضطرابات عاطفية تمثلت في انخفاض المزاج أفكار انتحارية وقلق.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه يوجد 100 مريض بنسبة 49.2% يعانون من الاكتئاب المتداخل و76 منهم بنسبة 43.7% كان لديهم اكتئاب حاد، و24 منهم بنسبة 8.11% كان لديهم اكتئاب معتدل، وتشير الدراسة إلى أن مرضى الصرع المكتسبين لديهم ارتفاع في تكرار النوبات مقارنة بالمرضى غير المكتسبين. كما أشارت النتائج إلى مساهمة العقاقير المضادة للصرع والعوامل النفسية الاجتماعية في حدوث الاكتئاب. كما أضافت أن أغلب مرضى الصرع كثيراً ما يعزلون اجتماعياً عن الآخرين بسبب الحالة المزاجية الناتجة عن المرض.

- دراسة (سليمان علي أحمد وصفاء ولي الدين الهادي، 2011) تحت عنوان التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع ببعض مستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم (السودان) هدفت الدراسة لمعرفة التوافق الاجتماعي لدى مرضى الصرع، حيث استخدم الباحثان المنهج الوصفي واختيارينة طبقية عشوائية حجمها 100 مريض صرع من الذكور والإناث من بعض مستشفيات الخرطوم واستعان الباحثان بمقياس التوافق الاجتماعي المقتبس من "هيوم بيل" والذي أعده عام 1983 بعد التأكد من صدقه وثباته وتوصلت الدراسة إلى أن التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع يتميز بالانخفاض ولا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التوافق الاجتماعي والمستوى التعليمي لدى مرضى الصرع، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث من مرضى الصرع في التوافق الاجتماعي وكذلك لا توجد فروق في التوافق الاجتماعي لدى مرضى الصرع تبعاً للحالة الاجتماعية للمصاب.

- دراسة "نينادوفيش و غازيل و فيسونتيل وآخرون" (Nenadovic and gasic and vicentic and al,2011) هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى شدة القلق عند الأشخاص المصابين بالصرع العام والصرع الجزئي الصدغي. تمت الدراسة بمشاركة 03 مجموعات

المجموعة الأولى: تتكون من 30 فرد مصاب بالصرع المعمم

المجموعة الثانية: تتكون من 30 فرد مصاب بالصرع الجزئي الصدغي

المجموعة الثالثة: عينة ضابطة متكونة من 30 شخص عادي

أظهرت النتائج أن المصابين بالصرع الجزئي الصدغي لديهم نتائج عالية في مقياس القلق مقارنة بالصرع المعمم.

لا يوجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة الأولى والثانية حسب مقياس القلق لبيك .

المصاب بالصرع الجزئي الصدغي لديه أعراض قلق أكثر شدة وحدة من الشخص المصاب بالصرع العام وبدرجة أقل من العينة الضابطة.

- دراسة "داكوما و ميديياهووتو" (Dakma and Mudyahoto, 2013)

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الصرع والكفاءة المدرسية. تكونت عينة البحث من 20 طفل مصاب بالصرع تم اختيارهم من 05 مدارس ضمن بيئة مدنية حضرية في زيمبابوي. تمت المقابلة مع الأطفال لتحديد المشاكل التي تواجههم في عملية التعلم وملاحظة نتائجهم الدراسية. 10 أساتذة يدرسون هؤلاء الأطفال تمت مقابلتهم للبحث عن انطباعاتهم مع الأساتذة باستبيان في هذا الصدد.

أظهرت النتائج أن الصرع يؤثر على الكفاءة والأداء المدرسي حتى ولو كان الصرع مستقرًا ومعتدلاً بالأدوية. لهذا يجب وضع استراتيجيات تعليمية مناسبة للطفل المتمدرس المصاب بالصرع.

- دراسة "مورا و باتيستا وكوب وآخرون" (Moura and Batista and)

هدفت الدراسة إلى تقصي أثر العوامل الداخلية والخارجية على عملية سيرورة التعلم لدى الطفل المصاب بالصرع. هذه الدراسة وصفية تمت في مستشفى طب الأطفال

بقيادة الأمراض بالبرازيل. عملية جمع المعلومات تمت بواسطة استبيان مواجهة الآباء المتكلمين بالأطفال المصابين بالصرع ومن طرف الأطفال أنفسهم. تكونت العينة من 1 طفل صرعي وتم الاعتماد على المحاكات التالية:

- الآباء أو المتكلمين بهؤلاء الأطفال يتواجدون خارج المستشفى

- تم إشراك الآباء بحرية منهم

أظهرت النتائج أن 61% من الأطفال شخصوا بصرع فعال محض (نشط)

59% منهم كان أول تشخيص للنوبات في سنن 03 سنوات

34% أظهروا الصرع العام

51% أظهروا نوبات أثناء الفحص

98% يتناولون الأدوية المضادة للنوبات

76% متواجدون بالمدارس - 50% منهم يترددون على المدارس العامة

66% لم يُعيدوا السنة الدراسية - 49% لهم بعض الغيابات عن المدرسة بسبب النوبات

64% منهم لم يقصى من المدرسة من طرف المعلمين بسبب الصرع.

25% من الآباء يؤكد لم يفرط ففي حماية ورعاية هؤلاء الأطفال.

- دراسة "لي وجيشوا وكيون وآخرون" (lee and juchai and kuon, 2016)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة مفهوم الذات بالصحة العقلية عند المراهق المصاب بالصرع وهل هناك اختلاف بين الجنسين في مفهوم الذات عند المراهق المصاب بالصرع. شملت عينة الدراسة على 179 مراهق مصاب بالصرع وعينة ضابط قوامها 259 مراهق غير مصاب بالصرع.

مفهوم الذات تمّ قياسه بواسطة "بروفيل لإدراك الذات لهرتر. أعراض الاكتئاب والقلق تمّ قياسها بواسطة مقياس القلق والاكتئاب (HADS). أظهرت النتائج أن المراهقين المصابين بالصرع لهم مستوى منخفض من مفهوم الذات. خاصة في مجال التحكم السلوكي والقدرات الاجتماعية مقارنة بالعينة الضابطة. مستوى مفهوم الذات لا يتأثر باختلاف الجنس في العينة التجريبية

1-2. التعقيب على الدراسة السابقة:

نجد أن موضوع الآليات العقلية عند الأطفال عامة المتمثلة في مجموعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية قد حُظي باهتمام كبير من قبل الباحثين عرب وأجانب وخاصة أن هذا المتغير يمس شريحة الأطفال المتدربين في مختلف المراحل التعليمية..

فنجد من الباحثين العرب المهتمين بهذا الموضوع "محمود عبد الحليم منسي" الذي يتناول بعض المشكلات النفسية المرتبطة بالتأخر المدرسي عند التلاميذ. فوجد أن المتخلفين دراسياً يعانون من المشكلات النفسية والانفعالية، كما لاحظ محمد السيد عبد الرحمن " أن أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة يعانون من هذه المشكلات حيث توصل إلى ترتيب هذه المشكلات على حسب انتشارها التي نجد من أولها المشكلات السلوكية ثم تليها المشكلات الأخرى.

أما فيما يخص الآليات العقلية عند الطفل المصاب بالصرع فكانت تماماً منعدمة حيث تمّ تناول أحد الأبعاد من هذه الآليات من خلال دراسة "سليمان أحمد وصفاء ولي الدين الهادي" الذي تناول التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع فتوصل إلى أن التوافق الاجتماعي كان منخفضاً في حين الباحث "زيتوني محمد زهير" في دراسته حاول التعرف على التأثير السلبي للصرع على عملية التفكير الإدراكي وعلاقته بنقص الانتباه فتوصل إلى وجود خلل في التفكير الإجرائي من خلال هيمنة التفكير الإدراكي الملموس على التفكير المجرد كما استخلص أن الصرع يساهم في فرملة النمو المعرفي خصوصاً وظيفة الانتباه.

أما الباحثين الأجانب، نجد كل من الباحث "ويتزمان وآخرون" و"كريتسوفر كارول" فتوصلوا على وجود ارتباط بين المشكلات الصحية والنفسية وسوء التوافق الدراسي والغياب المدرسي. في حين نجد كل من الباحثين "ماسي" و"فاستو" و"فان ريكفورسل" الذين تناولوا الاضطرابات المتواجدة لدى الأطفال المصابين بالصرع فتوصلوا إلى انخفاض في المرونة المعرفية وقصور في الوظائف النفسية هو السبب المباشر على تدني مستوى التحصيل الدراسي وأثرت على التواصل والنمو الاجتماعي وهذا ما أكدته كل من الباحثين "فانسي وآخرون" حيث أظهرت النتائج أن الصرع يؤثر على الكفاءة والأداء المدرسي لذا يجب وضع استراتيجيات تعليمية مناسبة للطفل المتمدرس المصاب بالصرع.

في حين نجد كل من الباحثين هرنر وآخرون "بيازيني وآخرون" "جونسون وآخرون" الذين تناولوا التأثير السلبي للقلق والاكتئاب على جودة الحياة لدى مرضى الصرع حيث توصلوا إلى ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب مما يؤثر مباشرة على جودة الحياة وضرورة وجود تدخلات لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الصرع مما أكدته كذلك الباحثان "رونلد وهارولد" على وجود علاقة موجبة بين تكرار النوبات وأعراض الاكتئاب والتركيز على معالجة الاكتئاب يؤدي إلى تحسين التحكم في النوبات.

أما "سترين وآخرون" أكدوا من خلال دراستهم على العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات النفسية المصاحبة للصرع ووجدوا أن مرضى الصرع يعانون من مستويات عالية من الألم والضيق النفسي واليأس والعصبية وانعدام القيمة، حتى دراسة "جرزيب وآخرون" توصلوا أن أغلب مرضى الصرع كثيراً ما يعزلون اجتماعياً بسبب سوء الحالة المزاجية الناتجة عن المرض.

فبذلك نستنتج أن معظم الباحثين حاولوا التعرف على مختلف المشكلات والاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها المصابين بالصرع بمختلف شرائحهم العمرية (أطفال - مراهقين - راشدين) البعض منهم حاولوا الربط بعض الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية بجودة الحياة وآخرون بالتوافق والتحصيل الدراسي والبعض الآخر بالعوامل النفسية والاجتماعية.

أما في الدراسة الحالية هذه سنحاول الكشف عن العلاقة بين الآليات العقلية لدى الطفل المتمرّس المصاب بالصرع والفشل المدرسي في المؤسسات المدرسية بتلمسان لنوضح أولاً مدى انتشارها والكشف عن الفروق في الآليات العقلية لدى نفس الأفراد والمنطقة تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، السن، نوع الإصابة، مدّة الإصابة بالمرض).

1- 3. الإشكالية:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل النمائية الهامة في حياة الفرد وتشكل شخصيته، بحيث يثير سلوك الطفل اهتماماً كبيراً عند رواد علماء النفس (هـ. فالون، س. فرويد، ج. بياجى...). إذ أن ما بين الأطفال من فروقات فردية في استعداداتهم و انفعالاتهم هو الذي يحدد سلوكياتهم المقبولة والغير مقبولة اجتماعياً (خولة، 2003، ص 11).

ولهذا قد يصاب الطفل في هذه المرحلة بأمراض أو إعاقات عضوية قد تعرقل سير نموهم الطبيعي، خصوصاً إذ تعلق الأمر باعتلال الصحة الجسمية والنفسية للطفل نتيجة إصابته ببعض الأمراض كالصرع الذي يعرف على أنه خلل مفاجئ لوظائف الجهاز العصبي نتيجة تفرغ سيالات كهربائية زائدة في الدماغ والذي يؤدي إلى سقوط المصاب به فجأة بنوبات تشنجية ويصاحبها تقلصات عضلية تصيب جميع أجزاء الجسم (الصدفي، 2007، ص 96).

كما يعرف بأنه اضطرابات متكررة في النشاط الطبيعي للدماغ نتيجة وجود شحنات كهربائية مفاجئة في الدماغ تختلف من حيث الموقع والكمية والشكل والتكرار (الكافي، 2006، ص 137).

إن الطفل المصاب بالصرع في السن المدرسي خصوصاً معرض وبنسبة كبيرة لمسايرة مُعاش سيرورة نفسمرضية معقدة، لاسيما وأنه في طور الإعداد والتعلم وتلقي الخبرات سواء في مجتمعه الصغير أي الأسرة التي ينتمي إليها والمدرسة التي يزاؤها (Jambaque, 2008, p 6).

إن بعض الأعراض العيادية المصاحبة للصرع تؤرق الوالدين والمعلمين في المدرسة والمتمثلة في عدم الانتباه، اللاإستقرار نفسحركي، اضطرابات انفعالية، وسوء التكيف الاجتماعي و الفشل المدرسي. إن عدم تحمّل الوسط العائلي لهذه الأعراض بصفة خاصة والوسط التربوي بصفة عامة هو الشرط

الأول والأساسي للذهاب للفحص لذا وجب دراسة الأطفال والنظر في مراحل النمو المختلفة لتوضيح مدى علاقة انفعالات الطفل بتكوين شخصيته وتحديد معالمها.

إن إصابة الطفل المصاب بالصرع قد ينعكس سلبًا على حياته بسبب المعاناة الصحية خاصة إذ ما اقترنت هذه المعاناة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية (Défaye, 2009, p 58).

حيث يعرف الاضطراب السلوكي والانفعالي بأنه ليس مرضًا نفسيًا أو عضويًا بل هو اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع أساسًا إلى الطفولة التي أدت إلى الصدمات والخبرات الانفعالية المؤلمة وإلى اضطراب العلاقات الاجتماعية وخاصة الخبرات الشديدة والمتكررة والتي يتعرض لها الطفل عبر مراحل النمو المختلفة (محمد جاسم، 2004، ص 143).

إن الاضطرابات السلوكية والوجدانية التي قد تظهر لدى الطفل المصاب بالصرع تمثل آليات عقلية محاولة منه لتحقيق نوع من الانسجام مع البيئة المحيطة به أو التخلص من مشاعر الصراع والإحباط وقد تصبح سمة مميزة له حيث عرفت توزو (Touzeau, 2011) الآليات العقلية على أنها مجموعة من الصفات أو الأعراض التي تعبر عن عدم قدرة الفرد في التحكم في الوظائف النفسية والعقلية. حيث أشارت أعمال مينكوسكا (Minkowska 1923-1925) على الخصائص المرضية التي تتميز بها الشخصية الصرعية منها.

* التثاقل النفسي، حيث يبقى المرضى مرتبطين بالأشياء والمواضيع المادية الملموسة دون أن يستطيعوا أن يحققوا سيرورات فكرية حقيقية وهذا راجع أساسًا لبعض اضطرابات الانتباه.

* اللاإستقرار نفسحركي مع صعوبات الانتباه مما تؤدي إلى صعوبات مدرسية وفي الحياة المهنية.

* تغيرات مزاجية ثنائية القطب فترات من الحزن وفترات من المرح.

* أما الجانب الانفعالي والوجداني فيتميزون بالتبعية واتكالية قوية (Graindorge, 2005,

107-108 pp).

وأضاف هـ. فالون (H.Wallon) مما قدمته مينكوسكا (Minkowska) في مقال نشره

سنة 1925 بعنوان "الشخصية الصرعية" حيث اشارت على أنه لا يوجد بنية مرضية صرعية ومنه

فإنه يجب فقط الاهتمام باكتشاف الصفات والمميزات النفسية والذهنية (Bouvard, 1974, pp51-52).

كما أشار بتروفسكي وكلاي (Petrowski et Clay) سنة 1948 إلى وجود مجموعة من العلامات التي تميز الصرع وتتمثل في النمطية، الدقة المتناهية، تسمية الألوان، تأخر زمن الرجوع. كما أشار كذلك إلى بعض العلامات التي تميز الاستجابات العصابية ثم قام بتروفسكي بدراسة أخرى في نفس السنة على عينة مكونة من 25 مريضاً بالصرع من ذوي لذكاء العادي وكانت المجموعة الضابطة مكونة من 25 مريضاً عصابياً.

وجاءت النتائج على أن المصابين بالصرع يتميزون بعلامات خاصة منها: زمن الاستجابة، تسمية الألوان، التكرار، لشعور بالعجز الفكري، الشرود الذهني والحيرة. وتوصل أخيراً إلى أنه إذ استخدم 8 علامات أو أكثر كميّار لتشخيص الصرع مكّنه أن يشخص 80% من حالات الصرع تشخيصاً صحيحاً، كما أضاف إلى أن علاماته تساعد في التشخيص الفارقي بين الصرع والهستيريا وأطلق مصطلح الشخصية الصرعية (محمد الزارد، 1984، ص 72-88).

من الواضح أن مصطلح الشخصية الصرعية قد تمّ تجاوزه الآن، لأن المختصين في هذا المجال (علم النفس، طب الأطفال، طب الأعصاب) يؤكدون على أن الطفل هو في طور النمو وعليه فإن مصطلح الشخصية الصرعية ليس له معنى كمكون ثابت ومستقر لأنه لا يأخذ بعين الاعتبار قدرات النمو للطفل (Graindorge, 2005, p59).

وفي إطار السببية المرضية للصرع عند الطفل المتدرس يصعب فهم هذه الآليات العقلية التي غالباً ما يستعملها رداً على ما يواجهه من صراعات داخلية وخارجية بيئية فتصبح الاضطرابات السلوكية والانفعالية عائقاً للسيرورة النمائية مما يؤثر على مستقبله التعليمي والاجتماعي.

هناك مجموعة من العوامل تصف حالات الاضطراب السلوكي والانفعالي معاً، حيث يشكل مصدرًا أساسياً لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل وبالتالي يشعر بالشقاء وعدم الأمان أو يفشل في إقامة حياة جديدة مع الآخر، لهذا الغرض جاء روس (Ross , 1974) ليعرف الاضطراب

السلوكي والانفعالي أي سلوك مختلف أو شاذ عن السلوك الاجتماعي السوي وله مساس بالمعيار الاجتماعي للسلوك والذي يقع بصورة متكررة وشديدة."

ويعرف بور (Bower,1978) الاضطرابات السلوكية الانفعالية إلى وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية: صعوبة القدرة على التحكم والتي لا تعود لأسباب عقلية أو جسمية أو حسية، صعوبة القدرة على إقامة علاقات اجتماعية والاحتفاظ بها، ظهور أنماط غير ملائمة من السلوك في الظروف العادية، شعور عام بعدم السعادة والاكتئاب وإظهار أعراض جسمية مرضية ومخاوف شخصية ومدرسية (خولة، 2003، ص 16).

بينما عرف وودي (Woody) الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال على أنها عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول الذي ينعكس سلبيًا في قدرة الفرد على تكوين العلاقات الاجتماعية والاستمرار فيها وفي قدرة الفرد على النجاح في المهمات الأكاديمية مما يؤثر على السيورة الاجتماعية والمدرسية (الزغول، 2006، ص 22).

إن الأعمال المنجزة والأبحاث التي قام بها أوستن وآخرون (Austin et al (2005) حول علاقة مرض الصرع ببعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية حيث يؤكد أن 15-20% مصابون بأمراض صرعية مستعصية يظهرون مشاكل انفعالية و 20% اضطرابات السلوك و 25-40% اضطرابات فرط الحركة وعجز الانتباه (Graindorge, 2055, p94).

ونظرًا لصعوبة فهم الآليات العقلية المتمثلة في هذه الدراسة على مجموعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية وجب على الباحث مراعاة هذا العامل خاصة عند الطفل المتمدرس المصاب بالصرع لاسيما وأنه في طور الإعداد والتعلم حيث نجد هذه الاضطرابات متداخلة فيما بينها وتختلف شدتها ونوعها من طفل إلى آخر حسب السيورة النفسمرضية وهذا كله يمكن أن يؤثر على مستوى تحصيله الدراسي ونظرًا لتواجد وتواتر هذه الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان ومدى تأثيرها من كل النواحي وخاصة من الناحية الدراسية،

فإنه تمّ التعرض من خلال هذا الموضوع مبيين مدى انتشار هذه الاضطرابات وتحديد نوع العلاقة بين هذه الاضطرابات والفشل المدرسي.

ولتوضيح إشكالية البحث نضع التساؤلات التالية:

- ما هي الآليات العقلية التي تظهر عند المتمدرس المصاب بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى المتمدرس المصاب بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لعامل الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى المتمدرس المصاب بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لعامل السن؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى المتمدرس المصاب بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لعامل نوع النوبات الصرعية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى المتمدرس المصاب بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لعامل مدّة الإصابة بالصرع؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الآليات العقلية والفشل المدرسي عند التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان؟

2- فرضيات الدراسة:

- إن الآليات العقلية أكثر انتشارًا لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان هي: القلق - الاكتئاب - اضطرابات الانتباه وفرط الحركة واضطراب التفكير.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لعامل الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزي لعامل السن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزي لعامل نوع النوبات الصرعية.

- توجد علاقة ارتباطية بين الآليات العقلية والفشل المدرسي لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان.

3- أهداف البحث:

- محاولة التعرف على الآليات العقلية الأكثر انتشاراً لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان.

- التعرف على طبيعة الفروق في الآليات العقلية لدى التلاميذ المصابين بالصرع حسب متغيرات الدراسة (الجنس - السن - نوعية الإصابة - مدة الإصابة).

- الكشف عن العلاقة بين هذه الآليات العقلية والفشل المدرسي لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان.

4- أهمية البحث:

- إظهار المؤشرات الإكلينيكية الخاصة بالآليات العقلية لدى التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية والكشف عن مدى تقبل الوسط التربوي لوضعه الصحي المعتل.

- إبراز أهمية المتطلبات النفسية للطفل المصاب بالصرع لتحقيق التوازن السلوكي والانفعالي لديه.

- إظهار مدى أهمية ضرورة التكفل النفسي في المؤسسات المدرسية للتلاميذ المصابين بالصرع لتحقيق تحصيل دراسي جيد.

- توعية الأسرة التربوية خاصة المعلمين عن الخصوصيات المرضية لمرض الصرع بصفة عامة ولدى الممتدرسين بصفة خاصة وكيفية التعامل مع هذه الشريحة.

5- دوافع اختيار الموضوع:

- أسباب ذاتية:

إن طبيعة بحثنا في مذكرة نسل شهادة ماجستير والتي جاءت تحت عنوان نقص الانتباه عند الطفل المصاب بالصرع، جعلنا نحتك بفتحة الأطفال المصابين بالصرع خصوصا المتدرسين ولاحظنا على معظمهم وجود آليات عقلية كالاكتئاب - فرط الحركة - القلق - الانسحاب الاجتماعي وتأثيره على المت مدرس. مما جعلنا نصب اهتمامنا ودراستنا على هذه الفئة لفهم هذه الآليات العقلية وعلاقتها بالفشل المدرسي.

- أسباب موضوعية:

- الرغبة في معرفة الآليات العقلية الأكثر انتشارًا عند المت مدرس المصاب بالصرع .
- انعدام التكفل النفسي لهذه الشريحة لعدم وجود مراكز خاصة بهم.
- تزايد ظاهرة الفشل المدرسي والرسوب المدرسي لهذه الشريحة في مجتمعنا .
- جهل الكثير من المعلمين خاصة بمدى خطورة هذا المرض والآليات العقلية الناجمة عنه التي تعيقه عن التمدرس والتحصيل الدراسي .
- توضيح بعض الاعتقادات الخاطئة و الأبعاد الاجتماعية الشائعة حول مرض الصرع
- إثراء الدراسات والبحوث العلمية بدراسة السيرورة النفسمرضبة للصرع عند المتدرسين خصوصًا على المستوى السلوكي والوجداني.

6- صعوبات الدراسة:

- صعوبة تحديد موضوع البحث، نتيجة قلة الدراسات والمراجع التي تطرقت إليه بشكل مباشر.
- رفض بعض المؤسسات المدرسية السماح للطلاب بتطبيق المقياس وإجراءات المقابلة دون ذكر الأسباب، فتم الاستغناء عنها والتوجه لتلك التي سمحت للطلاب بالتطبيق.

7- منهجية البحث:

نظراً لموضوع الدراسة ونوعها وتحقيقاً لأهدافها والتأكد من اختبار الفروض التي قامت عليها الدراسة، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي ملائمة لخصائص بحثنا.

يُعد البحث الوصفي من البحوث شائعة الاستخدام بين الباحثين، حيث يهدف إلى دراسة الظاهرة كما هي موجودة في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ولذلك يعرف المنهج الوصفي بأنه "أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع البيانات ومعلومات معينة عن ظاهرة ومشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة" (عبد المؤمن، 2008، ص 287).

وللكشف والتعرف عن الآليات العقلية للمتمدرس وعلاقتها بالفشل المدرسي فرض علينا استخدام المنهج الوصفي وتطبيقه، حيث يعتبره الباحث سامي عريفج "لا يقف فقط على جمع البيانات ووصف الوقائع بل إنه يتجاوزها إلى تنظيم البيانات المتجمعة وتحليلها واشتقاق استجابات ذات دلالة بالنسبة للمشكلة التي يعالجها البحث" (عريفج، 1999، ص 107)، وهذا ما سيحاول الطالب الباحث القيام به في هذه الدراسة.

8- المفاهيم الإجرائية للبحث:

الآليات العقلية اجرائيا: هي مجموعة من الاضطرابات التي تظهر لدى المتمدرس المصاب بالصرع والمتمثلة في اضطرابات سلوكية وانفعالية وهي عبارة عن الدرجات التي يتحصل عليها الطفل المصاب بالصرع الذي ينتمي إلى عينة البحث حسب أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعادين آمال عبد السميع باظة (2001) والمعدل والمقنن من طرف الباحث كمال يوسف بلان (2011)، والتي هي: الاضطرابات السلوكية، الاكتئاب الأساسي، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، القلق.

المتمدرس المصاب بالصرع: هو التلميذ المتمدرس في مستوى التعليم الابتدائي بداية من السنة الثانية إلى غاية السنة السادسة والذي يكون منحصرًا ما بين (7-12 سنة) ويعاني من نوبة كبرى أو صغرى للصرع.

الفشل المدرسي: يصعب اعتماد مقياس واحد (كمي أو كيفي) للفشل المدرسي، حيث يرتبط الفشل المدرسي بمفاهيم مختلفة بالفشل مرتبط بالتخلف، بالتسرب، بالكسل حيث يعرف بعدم نجاح الطفل دراسيا (Thomazi 1980, p 21).

وبما أن الدراسة الحالية تركز على التلميذ المصاب بالصرع من الناحية السيكلوجية بأن الفشل المدرسي يمكن أن يتحدد على هذا المستوى في تدني وضعف التحصيل الدراسي أقل من 05 من 10 في المعدل العام في نهاية العام الدراسي بالمقارنة مع أقرانه من نفس المستوى التعليمي مؤديًا بذلك إلى تكرار والرسوب في السنة الدراسية.

9- حدود البحث:

انحصرت الحدود المكانية لهذه الدراسة إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى تعلقت بعينة تقنين أداة الدراسة "مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية (آمال عبد السميع باظة، 2001) والمعدّل والمقنن من طرف الباحث، يوسف كمال بلان (2011)، حيث تمّت بوحدة العلوم النفسية بالمستشفى الجامعي تلمسان من 2014/09/10 إلى 2014/12/30 على عينة متكونة من 22 طفلا مصابين بالصرع ويعانون من اضطرابات سلوكية وتتراوح أعمارهم ما بين 8-13 سنة.

أما المرحلة الثانية فانحصرت الحدود المكانية لهذه الدراسة بـ 15 مدرسة ابتدائية بتلمسان وقد تمّ تطبيق المقياس في تلك المدارس على عينة متكونة من 33 طفل (تلميذ) مصاب بالصرع يعانون من رسوب مدرسي وذلك في النصف الأول من الموسم الدراسي 2016/2017 وسوف تتناول هذه

الدراسة الآليات العقلية للمتمدرس وعلاقتها بالفشل المدرسي في المؤسسات المدرسية بتلمسان كما حددها المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

الفصل الثاني: الصرع عند الطفل المتمدرس

تمهيد

أولاً: الطفولة في مرحلة التمدرس ومشكلاتها

- 1- تعريف الطفولة
- 2- الطفولة المتأخرة
- 3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة وخصائصه
- 4- أهم مشكلات المتمدرس في مرحلة الطفولة المتأخرة
- 5- المدرسة ودورها في الصحة النفسية للطفل

ثانياً: الصرع

- 1 - تعريف الصرع
- 2 -أنواع النوبات الصرعية
- 3 - تصنيف الصرع عند الطفل
- 4- أسباب الصرع
- 5- تشخيص الصرع
- 6- علاج الصرع
- 7- النظرة الاجتماعية لمريض الصرع
- 8- الاضطرابات النفسية لدى الطفل المصاب بالصرع
- 9- التدابير الاحتياطية اللازمة لإدارة حياة الطفل المصاب بالصرع

خلاصة

تمهيد:

يعد الطفل محور العملية التعليمية وعلى التربية أن تنطلق في استراتيجياتها من واقعة وأن تستجيب لخصائص نموه واحتياجاته في كل مرحلة من مراحل هذا النمو حيث عمد علماء النفس إلى تقسيم مراحل الطفولة إلى خمس مراحل وعلى أساس خصائص نفسية، عقلية وجسمية وهي: (الوافي، 2006، ص 142).

- مرحلة الطفولة الأولى: وتبدأ من الولادة حتى سن 03 سنوات.

- مرحلة الطفولة المتوسطة: من ست إلى تسع سنوات.

- مرحلة الطفولة المتأخرة: تبدأ من التاسعة إلى الثانية عشرة.

وعلى ضوء هذا التقسيم يقع الطفل المتدرس في الفئة العمرية من 6- 12 سنة أي المرحلة الابتدائية لتشمل مرحلتَي الطفولة المتوسطة والمتأخرة، ومن هذا المنطلق كان لزاماً علينا التعرف على خصائص هاتين المرحلتين للتعرف على ملامح شخصية الطفل (التلميذ) المتدرس وسماها حيث نجدها قد حظيت باهتمام الباحثين والدارسين لكون الطفل في هذه الفترة يمكن أن يصادف مشكلات مختلفة تعيق نموه السليم حيث يقول الباحث حسين العمارة أن " معظم الأطفال في المدارس الابتدائية يمرون بمشكلات سلوكية وبعض هذه المشكلات من النوع البسيط الذي يمكن السيطرة عليه بسهولة، وبعضها يحتاج إلى دراسة ومتابعة واقتراح حلول مناسبة لها.

وهذه المشكلات تؤثر على ضبط النظام في الصف وتعمل على إعاقة عملية التعلم وكذلك يؤثر سلوك بعض التلاميذ من ذوي السلوك المضطرب على الآخرين ويلجئون إلى تقليدهم وبالتالي تصبح المشكلة أكثر تعقيداً" (العمارة، 2002، ص3).

أولاً: الطفولة في مرحلة التمدرس ومشكلاتها.

1- تعريف الطفولة:

لغة: حسب تعريف المعجم النفسي: هي مرحلة من مراحل النمو، تعبّر عن الفترة من المهد حتى البلوغ (فرج عبد القادر طه، د س، ص 266).

أمّا اصطلاحاً فيرى المختصين في مجال علم النفس أن الطفولة هي المرحلة التي يقضيها الفرد في رعاية وتربية الآخرين حتى ينضج ويكتسب الاستقلالية بنفسه ليؤمن حاجاته البيولوجية والاجتماعية (كامل أحمد، 2001، ص 07).

يقول الباحث عبد الرحمن الوافي أن "الطفولة مرحلة من مراحل السنوات التطورية التي تبدأ من لحظة الوضع وتستمر حتى البلوغ: فهي مرحلة حتمية يمر بها كل مولود بشري وينمو فيها جسمياً، حسياً، حركياً، عقلياً، لغوياً، نفسياً واجتماعياً في أسرته وفي المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه" (الوافي، 2006، ص 141) وذلك مروراً بالمرحل التطورية الأربع.

من خلال ما تطرقنا إليه من هذه التعاريف نستخلص أن الطفولة هي مرحلة زمنية من العمر ممتدة من فترة الميلاد إلى ما قبل البلوغ في حين نجد الطفل المتدرس يتوسط مرحلة هامتين الوسطى والمتأخرة. ونظراً إلى طبيعة عينة بحثنا التي تشمل الأطفال المصابين بالصراع من 07 إلى 12 سنة، ضيف إلى ذلك حسب توزيع أفراد العينة حسب متغير السن الجدول رقم (02) يبين أن معظمهم (88%) تتراوح أعمارهم من 09- 12 سنة فإننا سنتطرق إلى مرحلة الطفولة المتأخرة.

2- الطفولة المتأخرة:

هي مرحلة تقع بين 09- 12 سنة مكتملة لمرحلة الطفولة الوسطى ويتميز على الطفل في هذه المرحلة بالمشاركة مع أقرانه في نشاطات اللعب والنشاطات العلمية وتبدو عليه ملامح الاستقلالية فهو

شغوف بالبحث والاستكشاف والتعرف على الأشياء (القذافي، 1999، ص 311) وتوافق تربويًا الطور الثاني من المرحلة الابتدائية.

3- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة وخصائصه:

النمو بمعناه العام "سلسلة متتابعة متكاملة من التغيرات الجسمية والفيزيولوجية والحسية والحركية والعقلية واللغوية والانفعالية والاجتماعية وغيرها التي تسعى بالفرد نحو اكتمال النضيج فهو العملية التي تفتح خلالها إمكانات الإنسان الكامنة والتي تظهر في شكل قدرات ومهارات وصفات وخصائص شخصية (الواقي، 2007، ص 121).

فتأخر نمو الطفل في أي مجال قد يؤثر تلقائيًا في أحد المجالات الأخرى مثلًا اضطراب أو خلل في النمو الانفعالي يؤثر في النمو اللغوي وهذا بدوره يؤثر على حسن تكيفه الاجتماعي. وفيما يلي أهم خصائص النمو بحسب بكل نوع منها:

3-1- النمو الجسمي: تتميز بالبطء في النمو حيث نمو الطول يزيد ب 5% وتشير الدراسات إلى الاختلاف الموجود بين الذكور والإناث حيث يلاحظ أن الفرق يكون في بداية المرحلة لصالح الذكور ولكن في نهاية المرحلة لصالح الإناث ونفس الشيء بالنسبة للوزن (عبد الكريم، 2011، ص 71).

أمّا بالنسبة للجهاز العصبي المركزي فتتمو وظائفه وتزداد الترابطات بين الألياف العصبية ويزداد وزن المخ ليكتمل فيما بعد نضجه النهائي، ويبدأ التغير في وظائف الغدد وخاصة الغدد التناسلية.

ينمو لدى الطفل مفهوم الذات والرسم الجسدي (Schéma corporel) وذلك لاكتمال شكله (حامد زهران، 200، ص 276).

3-2-النمو الحركي: تزداد قوة النشاط الحركي وطاقته ويؤدي ذلك إلى ظهور أنماط النشاطات الحركية المتطورة حيث ينمو التوافق والتآزر الحركي وتزداد المهارة اليدوية ويزداد النشاط الرياضي المنظم عند الجنسين (سعيد زيان، 2007، ص 79) .

3-3-النمو العقلي واللغوي: يستمر في هذه المرحلة نمو الذكاء وينتقل فيها الطفل إلى التفكير المجرد، حيث يستخدم المفاهيم والمدرجات ليصبح تفكيره واقعياً، كما يتميز التفكير في هذه المرحلة بالمقلوبية أي قدرته على قلب الأشياء، ثبات الكم والمقدار عن طريق المحافظة والمقارنة (مثلا كوين متساويين بهما نفس الكمية من الماء ومختلفين في الحجم واحد طويل والآخر قصير لكنه أوسع منه.

- قدرة الطفل على التصنيف وربط الأشياء (اللون، الحجم، النوع)

ثم مع دخول سن 12 سنة ينمو لديه التفكير الاستدلالي أي ظهور التفكير التركيبي الذي يؤدي به إلى استخدام المناهج لاستكشاف الواقع (عبد الرحمن الوافي، 2007، ص 145) وحددت (وزارة التعليم الابتدائي والثانوي سابقاً والتربية الوطنية حالياً، 1973، ص 111، 114) ببروز بعض الخصائص العامة للنمو العقلي في هذه المرحلة وهي كما يلي:

- الميل على الاستطلاع والاستكشاف.

- اتساع مجال الانتباه والإدراك للعالم الخارجي.

- القدرة على التفكير المجرد.

- الميل نحو التقليد والمحاكاة.

- قوة الذاكرة.

- اكتساب المعايير والقيم الخلقية

أمّا بالنسبة للنمو اللغوي فيتسع قاموسه اللغوي من خلال فهم المعاني الكلمات التي يسمعها كما تزداد عند الطفل المهارة والدقة في التعبير مع استخدام الضمائر بشكل سليم، يستطيع التمييز بين المترادفات، الأضداد ويزداد المحصول اللغوي الذي تساهم فيه المدرسة بشكل كبير (صالح عبد الكريم، 2011، ص72).

وقد يختلف الأطفال من حصيلتهم ومهاراتهم اللغوية عندهم تبعاً لعدّة عوامل منها:

- المستوى العقلي للطفل

- العوامل الفيزيولوجية عند الطفل

- عامل الجنسي تفوق الإناث على الذكور في مستوى النمو اللغوي

- عامل البيئة والمحيط، مستوى الأسرة الاقتصادي والاجتماعي والتربوي (علي الحاج 1980، ص 220-221).

3-4-النمو الانفعالي: تتسم بالهدوء والثبات الانفعالي لذلك يطلق عليها بعض الباحثين

على هذه المرحلة اسم مرحلة الطفولة الهادئة. كما أنّها مرحلة تمثل للخبرات الانفعالية التي مرّ بها الطفل محددات للتوافق الاجتماعي ومن خصائصه ما يلي:

يمتاز الطفل بالهدوء والاتزان، فهو لا يفرح بسرعة ولا يغضب بسرعة، فهو يفكر ويدرك ويُقدر الأمور المثيرة للغضب والانفعال ويقتنع إذا كان مُحطماً فبدلاً من الانفعال بسبب إشباع الحاجات المادية. تصبح الإهانة أو الإخفاق من الأمور التي تستثير انفعالاته أي الأمور المعنوية.

-تنمو الاتجاهات الوجدانية، وتقل مظاهر الثورة الخارجية ويتعلم الطفل كيف يتنازل عن حاجاته العاجلة التي قد تغضب والديه.

- يكون التعبير عن الغضب بالمقاومة السلبية وظهور تعبيرات الوجه والعصيان وعدم الطاعة (أبو جادو، 2007، ص 69).

قد يتأثر النمو الانفعالي بالنمو الجسمي والعقلي والاجتماعي لذا يجب أخذ بعين الاعتبار هذه الجوانب النمائية، لهذا يجب مراعاة ما يلي:

- حماية الطفل من التوترات الانفعالية التي تأتي من الخبرات المؤلمة الحادة كتعويض الطفل لحادث ما أو اضطراب في العلاقات الأسرية مما يؤدي إلى حرمانه من الشعور بالأمن
- مساعدة الطفل في السيطرة على انفعالاته وضبطها والتحكم في نفسه
- فهم وتقبل مشاعر الطفل نحو نفسه ونحو العالم المحيط به.
- إشباع حاجات الطفل النفسية (الحب والأمن والتقدير والنجاح)
- مساعدته في حل صراعاته بنفسه (علي الحاج، 1980، ص ص 288-289).

3-5- النمو الاجتماعي: يعرف الطفل في هذه المرحلة المزيد عن المعايير والقيم والاتجاهات واهتمامه بالتقييم الأخلاقي ومن أهم خصائص النمو الاجتماعي في هذه المرحلة ما يلي:

- الاندماج مع جماعة الأصدقاء والأقران ويرجع ذلك إلى نضجه العقلي والوجداني
- اتساع اهتمامات الطفل ويبدأ بالشعور في الولاء بالجماعة من خلال التوحد مع الجماعات الدينية والرياضية ومختلف اللعب الاجتماعي.

- تأخذ القيم الاجتماعية في الظهور نتيجة الاشتراك في مناسبات الجماعة

فيبدأ يؤمن باحترام القانون والعرف والعادات والتقاليد.

- زيادة التفاعل الاجتماعي من خلال التعاون والتنافس والولاء والتماسك

- يزداد الشعور بالمسؤولية وتنمو فردية الطفل (علي أبو جادو، 2007، ص 70-71).

- يجب على الوالدين والمربين مراعاة في النمو الاجتماعي لهذه المرحلة ما يلي:

إعطاء الطفل فرصة ممارسة مسؤولية اختيار أصدقائه.

- تعليم الطفل مراعاة الفروق الفردية بين الناس واحترام هذه الفروق الجسمية و العقلية

_ تشجيع الاستقلال عند الطفل

_ أن تكون الاتجاهات الوالدية نحو الطفل موجبة مع الحرص للانضمام إلى جماعة جانحة و علاج

أي انحراف أو شذوذ في النمو الاجتماعي (حامد زهران، 2001، ص 281-283).

3-6- النمو الأخلاقي والديني: تنمو الاتجاهات الأخلاقية والدينية لدى الطفل في هذه

المرحلة عادة في ضوء الاتجاهات الأخلاقية السائدة في أسرته ومدرسته وبيئته الاجتماعية وهو

يكتسبها و يتعلمها من الكبار(اسماعيل علي، 2011، ص26).

4- أهم مشكلات التمدرس في مرحلة الطفولة المتأخرة:

تحدد مشكلات التمدرس في هذه المرحلة على حسب حالة كل تلميذ النفسية والاجتماعية

والعقلية و التي تعمل على إعاقة مساهم التكيفي مع الأهداف التعليمية و التربوية، فيدخل التلميذ

في معاناة مستمرة من شأنها إعاقة نموه العقلي خاصة و رفعه المستوى الأكاديمي و بالتالي عدم تحقيق

النجاح المدرسي بالدرجة الأولى و من بين أكثر المشكلات شيوعاً:

4-1- الانطواء و العزلة: يعتبر الأطباء النفسيين هذه الظاهرة من أخطر أنواع سوء التكيف،

إذ يلجأ الطفل إلى الصمت و الشرود و التخيل و يلاحظ عليه الكسل و الملل و التلعثم في الكلام

كما نجد لدى البعض مخاوف اجتماعية و سلوكيات وسواسية قهرية و يقضون وقتاً طويلاً في

مشاهدة التلفاز (الخالدي وآخرون، 2009، ص 152).

ويمكن تقسيمها إلى نمطين:

- النمط الأول: حتمي أي أن أسباب الانفصال ليست ضمن سيطرة الفرد ثم يندرج في الانسحاب بشكل متعمد تدريجيًا مع شعوره بعدم الارتياح.

- النمط الثاني: هناك من الأطفال الذين ينفصلون بشكل متعمد ويفضلون العزلة الاجتماعية (الحلمي، 2000، ص 294).

4-2- العدوانية: يعرف العدوان بأنه سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريرية أو مكروهة أو السيطرة من خلال القدرة الجسدية أو اللفظية على الآخرين ويكون غالبًا استجابة عامة للإحباط (عمايرة، 2010، ص 122).

ويتمظهر هذا السلوك العدواني بين التلاميذ المتدرسين في إحداث الفوضى في الصف وعدم احترام المعلمين، العناد والتحدي والشتائم، الاعتداء البدني على الآخرين. تخريب العتاد وأثاث المدرسة. الإهمال المتعمد لتعليمات المعلم والقوانين المدرسية (زيدان 1972، ص 218).

4-3- اضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه: يعتبر من أكثر المشكلات السلوكية انتشارًا بالمدارس مما سيؤثر سلبيًا على التحصيل الدراسي لدى المتدرسين حيث يعرف على أنه الصعوبة في التركيز على المهمة ويصاحبها نشاط زائد، الذي يعرف على أنه نشاط حركي غير هادف لا يتناسب مع الموقف والمهمة ويسبب الإزعاج للآخرين، حيث يتضمن المعيار التشخيصي لهذا الاضطراب على ما يلي:

قصور في الانتباه، الاندفاعية والتهور، النشاط الزائد (الزراع، 2007، ص 14).

4-4- ضعف الثقة بالنفس: تندرج تحت مشكلات مفهوم الذات وتعرف على أنها عبارة عن مجموعة ممن أحاسيس مؤلمة للنفس نتيجة تفكير خاطئ وغير واقعي مكبوت في اللاشعور مكوناً ذكريات مزعجة مؤثراً بذلك على الكيان الاستقلالي للشخصية ويكون هذا نتيجة لفقدان الطمأنينة وانعدام الشعور بالأمن (زيدان 1972، ص 8).

4-5- التأخر الدراسي: هو حالة تتأخر أو تخلف أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي (العصامي، 2008، ص 39).

4-6- التسرب المدرسي: ويقصد به انقطاع التلميذ عن الدراسة في مرحلة معينة دون أن يتم دراسة تلك المرحلة (أبو جواد، 2004، ص 266).

كما يعرف ذلك كذلك التخلي التلقائي لأسباب اجتماعية واقتصادية قبل إنهاء مرحلة من مراحل التعليم (بن حموة، 2008، ص 775).

5- المدرسة ودورها في الصحة النفسية للطفل:

تعد خدمات الصحة النفسية أمراً هاماً وضرورياً من خلال توفير المدارس المساعدات اللازمة من أجل استفادة التلاميذ من التعليم بالطريقة المثلى عن طريق توفير الظروف المناسبة للنمو جسمياً وانفعالياً واجتماعياً ومن بين الأسباب التي ينبغي للمدارس أن تعتمد برامج للصحة النفسية المدرسية :

- معالجة احتياجات الصحة النفسية للتلاميذ وهذا ما تظهره الأبحاث، حيث أنه بتلبية الاحتياجات النفسية للتلاميذ بشكل صحيح قد يؤدي إلى احتمال نجاح المدرسة وزيادة التحصيل الدراسي وانخفاض الاضطرابات السلوكية.

- وجود الصحة النفسية في المدارس يقلل من التكاليف. فالاضطرابات النفسية في الطفولة غالبًا ما تتفاقم إذا ما تركت بدون علاج (Weston 2014 , pp 5-7).
- أما النسبة لدور المدرسة فهو توسيع الدائرة الاجتماعية والنفسية للطفل منتهجة النقاط التالية:
 - دعم المناهج بالقيم السائدة في المجتمع.
 - اهتمام المدرس بالتلميذ الذكي والمتوسط والمتأخر وأن يستعمل العدالة في المعاملة.
 - توجيه سلوك الطفل الصحيح عن طريق وضعه في خبرات سلوكية سوية.
 - استعمال الثواب والعقاب لتعلم نماذج السلوك السوي (شعبان، 1999، ص 196).

ثانياً: الصرع

يعتبر الجهاز العصبي هو المسؤول عن السلوك وجميع ردود الأفعال الفيزيولوجية والاستجابات السوية والمرضية فالتعرف المتكرر للمواقف يولد تغيرات انفعالية مؤلمة يؤدي إلى تأثر قدرات الفرد النفسية والعقلية مما ينتج عنه آليات عقلية كتعبير غير مباشر عن الصراع قد يمس المرض عدّة أعضاء وعدّة وظائف في جسم الإنسان حيث يبقى الدماغ بدون شك أحد الأعضاء الحيوية أكثر تعقيداً في جسمنا إذا أصيب بتلف أو عاهة فإن خطر الإصابة بأمراض عصبية يبقى دائماً من أهم الإصابات لدينا، الصرع كونه مرض يمس عدّة جوانب من حياة المريض النفسية والجسدية.

يمس الصرع مختلف الأعمار وكلا الجنسين ولكن ينتشر بنسبة كبيرة لدى الأفراد أقل من 20 سنة كما أن نسبة انتشاره لدى الأطفال أكبر من الراشد، ومن بين عوامل ارتفاع نسبة انتشاره لدى الطفل هو عدم اكتمال نضجه العصبي مقارنة بالراشد والتي قد تؤثر سلباً على نموه الطبيعي من جهة ومستقبل علاقاته بالعالم الخارجي (Graindorge, 2005, p108)

1- تعريف الصرع:

يعتبر الصرع من أكثر الحالات المرضية المزمنة أكثر الحالات المرضية المزمنة أكثر انتشاراً وتصل نسبة الإصابة إلى الأمن مجموع سكان العالم، وتتميز الحالات في تكرار وظهور النوبات التشنجية الصرعية من خلال اضطرابات وظائف الجهاز العصبي المركز نتيجة لخلل في كهربية الخلايا العصبية، يصحبه تغيير في حالة الوعي (الشرييني، 2000، ص 51).

يعرف الصرع على أنه تكرار النوبات الصرعية نتيجة تفريغ مفرط شديد للطاقة الكهربائية على مستوى العصبونات الدماغية من أهم أعراضها فقدان الوعي (Graindorge, 2005, p 104).

يعرف موجنس (1997) الصرع بأنه مرض مزمن يصيب المخ وله أسباب عديدة ويتميز بحدوث نوبات متكررة نتيجة تدفق شحنات كهربائية زائدة من الخلايا الدماغية ويكون مصحوب بمجموعة من الأعراض الإكلينيكية متمثلة غالباً في اضطراب الوعي أو في الحركة أو في الإحساس، وعند قياس هذه الشحنات الكهربائية بواسطة جهاز الرسم الكهربائي EEG، تسجل نشاط كهربائي زائد (موجنس، 1987، ص 102)

كما يعرف على أنه تغيير مفاجئ في وظائف الدماغ يُحدث تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان وهذا التغيير ينجم عنه نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ يبدأ أو ينتهي تلقائياً (الخطيب، 2006، ص ص 77-78) .

من خلال هذه التعاريف نستخلص أن الصرع هو تكرار النوبات الصرعية تحدث وقت لآخر اختلال وقي في النشاط الكهربائي الطبيعي للمخ نتيجة انطلاق شحنات كهربائية شاذة متقطعة لها تأثير كهربائي أقوى من تأثير الشحنات العادية.

ويعرف طبيياً بأنه اضطراب واختلال مؤقت في شدة وسرعة تدفق الشحنات الكهربائية في المخ ينتج عنه اضطراب جزئي أو مؤقت في العمليات الكهربائية الدماغية محدثة بذلك نوبات مؤقتة التي لا يستطيع الجسم التحكم أو إيقافها وتعرف هذه النوبات بنوبات الصرع (الشقيرات ، 2008، ص255).

تتنوع النوبات الصرعية على حسب كمية وشدة التفريغ الكهربائي على مستوى الفشرة المخية للدماغ والفحوص المكونة له.

2- أنواع النوبات الصرعية:

تصنف النوبات الصرعية إلى نوعين رئيسيين:

النوبات المعممة والنوبات الجزئية.

أ. النوبات المعممة: تميز نوعين رئيسيين:

1- النوبة الكبرى: (الصرع العام أو الكبير)

يكون التفريغ لكهربائي المفرط في كامل الدماغ (نصفي الدماغ) وتعدّ من أكثر نوبات الصرع شيوعاً وخطورة وإخافة للناظرين سامي محمد ملحم، 2007، ص 252) وتتميز هذه النوبة بـ 04 مراحل:

-مرحلة النذير: إحساس غير طبيعي ينتاب المريض ليندره باقتراب حدوث النوبة الصرعية عنده مثل: آلام في المعدة، تغير في طعم الفم والحلق أو حالة من الهياج والضياع بدون إدراك ما يقوم به من أفعال مؤذية أو تخريب

- مرحلة الاختلاجات: يقع المريض أرضاً بسبب فقدان الوعي ثم اهتزاز بالأطراف واختلاج في العضلات تستغرق لمدة 30-45 ثانية.

- مرحلة الغيبوبة: يفقد المريض وعيه بشكل كامل حتى بعد انتهاء مرحلة الاختلاجات لمدة بسيطة ويتغير لونه فيميل إلى الإزرقاق لقلة الأكسجين في الجسم بسبب الاختلاجات الحادة في العضلات.

- مرحلة الإفاقة: يستعيد المريض وعيه تدريجياً ويلاحظ عليه في هذه المرحلة الإرهاق والتعب واحمرار في العينين ويكون مشوش الفكر وكلامه غير مفهوم في البداية ولا يدري ما الذي حصل له أو يتذكر شيئاً من تصرفاته التيس سبقت النوبة الصرعة (subject)
(.bage//www.your.net/neurology).

2- النوبة الصغرى (الصرع الصغير):

هي عبارة عن فقدان وعي لمدة قصيرة تستمر أقل من 30 ثانية بدون حدوث تظاهرات إكلينيكية جسمية، يمكن أن تحدث 100 مرة في اليوم الواحد (عصام حمدي الصديقي، 2007، ص 98)

ب. النوبات الجزئية: يحدث الاضطراب في جزء معين من الدماغ وتكون الأعراض على حسب مكان الاضطراب وغالبا ما يبقى الشخص في وعيه.

وتنقسم النوبات الجزئية إلى بسيطة ومعقدة ويمكن أن تتحول النوبة الجزئية إلى نوبة معقدة.

1- النوبات الجزئية البسيطة (صرع جاكسون): من أعراضها انقباض عضلي معين في الجسم بعد ذلك تنتشر في باقي العضلات مع حدوث أحيانا هلوسات (عبد الله، 2004، ص 278)

2- النوبات الجزئية المعقدة: هنا يفقد الشخص وعيه عند حدوثها بحيث يبدو للآخرين كأنه ساكن بلا حراك مع اقترانها بحركات تكرارية مثل: مضغ الشفاه، تحريك مقلة العين (أبو شعيشع، 2005، ص 290)

قد يظهر بعض الأشخاص قبل حدوث النوبة إشارات تحذيرية المعروفة بالهالة (Aura) في شكل رائحة كريهة، هلوسة بصرية، شعور بالدفء...

و تشمل النوبة الصرعية الجزئية المعقدة ثلاث أنواع:

- النوبة الحسية الحركية: وتتمثل في ظهور أعراض حسية حركية، الهلوس الحسية البسيطة كالدغدغة والطنين في الأذنين، توقف النطق.

- نوبة الصرع الفص الصدغي: تحدث غالبا لدى الأطفال دون السادسة من العمر، مما يساء تفسيرها فتعامل بوصفها نوبات غضب أو اضطرابات نفسية ذهانية (الخطيب، 2006، ص 77)

- نوبات الصرع الفص الأمامي (الجبهي): هي نوبات صرعية ذات مدة قصيرة مع وجود أو عدم وجود فقدان الوعي بعد النوبة، تتمظهر في أعراض حركية على شكل إيماءات آلية معقدة، يبين تخطيط المخ في هذا النوع من النوبات تفريغ كهربائي على جانبي المخ في عدد من الفصوص. (أبو شعيشع، 2005، ص 290).

ج. النوبات غير مصنفة أو أخرى: تشمل النوبات ذات العلاقة بالحمى وهذه النوبات غالبًا ما تختفي عند الطفل في سن السادسة وعندما تكون المعلومات حول نوبة الصرع غير واضحة ومحددة تسمى بالنوبة غير المصنفة (الخطيب، 2006، ص 79).

3- تصنيف الصرع عند الطفل:

3-1- التصنيف على أساس نوع النوبات حيث يقوم على أساس التعبيرات أو التظاهرات

الإكلينيكية للنوبة:

الجدول رقم (01) يوضح التصنيف العالمي للنوبات الصرعية (Graidorge, 2005, p 106)

| نوبات جزئية (بدون غياب الوعي) أو معقدة (مع اختلال الوعي) | نوبات معممة |
|--|-------------------------------|
| - حركية | - نوبات اختلاجية تشنجية معممة |
| - حسية | - اختلاجات العضلات |
| - نفسية | - نوبات صغرى |
| - حواسية إعاشية | - نوبات اختلاجية |
| | - نوبات تقلصية تقلص العضلات |

3-2- التصنيف على أساس الأسباب:

يعتمد على معيار السببية المرضية للصرع، حيث ميز العلماء أن داء الصرع في هذا الصدد أنه يتخذ ثلاث أشكال رئيسية:

- الصرع أساسي (essentielle ou idiopathique) : الذي ليس له سبب محدد
 - الصرع العرضي (symptomatique) الذي يكون أساسه عضوي أي تلف في الجهاز العصبي المركزي.
 - الصرع مجهول السبب (crypto génique) فيظنون أن له سبب معين لكنه خفي حيث لا تستطيع أساليب الفحص والتشخيص الكشف عنه (مصطفى أسامة الجبلي 1995، ص 44)
- ### 4- أسباب الصرع:

تختلف الأسباب باختلاف العمر، ففي مرحلة الطفولة تكون الأمراض الموروثة والخلقية سبباً شائعاً لمرض الصرع الطفلي وفي حالات متعددة تؤدي عوامل مختلفة دوراً جزئياً ويمكن أن يكون مرض الصرع تفاعلاً معقدًا بين الحوامل الوراثية والبيئية والعضوية.

4-1- الأسباب العضوية:

- تعسر الولادة مما يتطلب آلة حادة (Forceps) مما تسبب ضغط قوي على الرأس.
- الأمراض المعدية التي تسبب ارتفاع درجة الحرارة والتهاب في أعصاب المخ (التهاب السحايا، التيفويد، الحمى القلاعية).
- الصدمات العنيفة التي تصيب الدماغ بالدرجة الأولى.
- تصلب الشرايين في المخ أو جلطة تصيب الشرايين محدثة بذلك إصابة مناطق دماغية محددة.

4-2- الأسباب البيئية:

تؤدي هذه العوامل إلى درجة قابلية الجهاز العصبي عند الطفل الاستشارة أو بالأحرى استعداد الطفل الصرع، في هذه الحالة غالبًا ما يرتبط الصرع بالوراثة حيث تصبح إمكانية الإصابة هي 4% (الزرد، ص 33).

- حساسية للضوء من خلال مشاهدة التلفزيون لمدة طويلة يعتقد بعض العلماء أن الانفعالات الحادة في الطفولة المبكرة بإمكانها أن تؤثر على حدوث النوبة أو أداة انطلاق النوبة الصرعية، حيث أشار "لينوكس" 1952 أن العامل النفسي والجانب العضوي يعملان بشكل متفاعل ودائم (زيغود، 2006، ص 129).

5- تشخيص الصرع:

يشكل الرسم الدماغى الكهربائى EEG اختبارًا مكملًا لا بديل عنه من أجل تتبع تطور الصرع لكنه غير كافى، فلا بد من وجود النوبات الصرعية عياديًا عن طريق المقابلة الإكلينيكية. في هذه المقابلة يتم تجميع أعراض النوبة أو النوبات الصرعية والعلامات الذاتية أو الموضوعية التي تحدث خلال النوبة والتي تسبقها أو تكررهما وتاريخ النوبات عن طريق أهل أو أقارب المصاب وبيانات مكملة تتعلق بالأسباب (فترة الحمل، الولادة، النمو النفسى الحركى، الإصابات المخية، الخصائص الاجتماعية والنفسية، التعليمية للطفل المصاب...).

وبالتالى قد تأخذ عملية التشخيص عدّة مراجل أهمها:

المرحلة السريرية:

تشمل التاريخ المرضى الدقيق للمصاب، ويتم ذلك بمساعدة الأسرة والملاحظات التي يدلوها عن حالة المريض (سعد، 2005، ص 221).

مرحلة الفحوصات المكتملة: وتشمل عدة مجالات:

- الفحوصات المخبرية: كل ما يتعلق بفحوصات كيمياء الدم والبول وبعض إفرازات الهرمونية التي قد تؤثر في عمل جهاز العصبي المركزي.

- مرحلة التشخيص الشعاعي: يظل تخطيط رسم المخ الكهربائي (EEG) الذي يتم بين النوبات الصرعية هو من أهم الطرق المستعملة في تشخيص وتقييم كل أنواع الصرع ويتم التسجيل خلال ثلاثين دقيقة يكون المريض فيها في حالة من الاسترخاء، أحيانا قد يتدعم التشخيص بالتصوير المقطعي المحوسب (TDM) والتصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) لرصد الاختلالات أو إصابات الدماغية المسببة لداء الصرع (والكر سميث، 2016، ص42) لرصد الاختلالات أو إصابات الدماغية المسببة لداء الصرع (والكر سميث، 2016، ص42).

إن التشخيص يسمح لنا بمعرفة الصور الشبيهة بالنوبات الصرعية كالنوبات الكاذبة كما أن التاريخ المرضي التي يرويها الأهل للطبيب تسمح لنا بمعرفة نوبات التغيب عن الوعي (Absence) عند الأطفال والتي تبدو للآخرين على أنها سهو أو سرحان وعادة لا تأخذ على أنها نوبات صرعية من طرف الوالدين.

5-1- التشخيص الفارقي:

في بعض الحالات يختلط على الأخصائي في التمييز بين الصرع أم مرضا آخر منها:

- حالات الإغماء: يكون الإغماء غالبا نتيجة اضطراب في القلب إذ يشعر الشخص بالدوار والغثيان ويصبح شاحب اللون ولكن نادرا ما تصطحبها نوبات تشنجية.

- الصداع النصفي: عمليا لا يفقد الشخص وعيه عند ظهور الصداع النصفي وتختلف الاضطرابات البصرية في حالة الصداع النصفي وداء الصرع. أما الاضطرابات البصرية في داء الصرع

فتتطور بشكل أسرع في كل ثانية وغالبا ما تكون أكثر تعقيدا أحيانا هلاوس بصرية، أما في حالة الصداع النصفي تتميز بشكل بسيط على سبيل المثال دوائر من الضوء أو نقاط ساطعة.

- النوبات الوهمية أو النفسية: يكون سببها في أغلب الأحيان خلل في الجانب العاطفي وذلك لجلب انتباه الآخرين.

6- علاج الصرع:

- العلاج الطبي: يتضمن العلاج بالعقاقير مضادة للصرع وكذلك جراحة الأعصاب في حالة الضرورة، يستعمل غالبا دواء واحد على حسب نوع النوبة الصرعية.

-العلاج الاجتماعي: يشمل التربية العلاجية بمختلف اتجاهاتها مثلا أن يتعرف المعلمون الذين يقومون بالتدريس على التلاميذ المصابين بالصرع أن يدركوا حقيقة وجود فروق فردية كبيرة بينهم وينبغي أن توفر المدرسة فرصا تعليمية للطفل المصاب بالصرع سواء داخل الصفوف العادية أو الخاصة أو في المنزل(شاكر مجيد،2008،ص296).

- العلاج النفسي: إن المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد المصاب بالصرع لا تقل خطورة عن المشكلة الطبية ذاتها. تتعدد أساليب التدخل العلاج النفسي على حسب حدة وخطورة الاضطرابات والمشكلات الناجمة عن الصرع زمن هذه الأساليب:

-الضبط الذاتي وأساليب تعديل السلوك المعرفي.

-التغذية الراجعة البيولوجية

ويلجأ الباحثون إلى أساليب تعديل السلوك عندما لا تستجيب النوبة للأدوية مضادة للصرع(الخطيب،2006،ص83).

يؤكد "كراف" (R. KRAFF.1959) على الجانب السيكوسوماتي للصرع ويرى بأن النوبات الصرعية لا تخلو من المحتوى النفسي وأن العلاج النفسي ضروري في مثل هذه الحالات. ويفيد العلاج النفسي بعد تناول المهدئات المؤقتة في مواجهة المشكلات المترتبة عن المرض، في القدرة على تحمل نوباته والتخفيف من حدّة مشكلاته الشخصية والسلوكية مثل الانطواء، الخجل والحساسية مع تنظيم حياته بشكل أفضل بالإضافة إلى ذلك لا بدّ من إرشاد وتوجيه الوالدين والأسرة وبذلك بهدف تعديل البيئة السيئة المحيطة بمريض الصرع (سليمان و صفاء ولي الدين، 2011، ص17).

7- النظرة الاجتماعية لمريض الصرع:

بسبب الجهل بطبيعة الدماغ ز الفهم الخاطئ لحالة الصرع والأسباب المؤدية له يعاني الأشخاص المصابون بالصرع من العزلة الاجتماعية.

فالمجتمع ينظر إلى الأمراض الأخرى العضوية المزمنة (الربو، السكري...) بالرأفة والعطف والاستعداد للمساعدة بالمقابل ينظر للمصابين بالصرع بالريبة والشك والخوف ويتجنبهم ويجعلهم في عزلة عنه، ونتيجة لذلك يضطر المصاب بالصرع أو أقاربه بغض النظر عن وضعهم الاجتماعي والعلمي الإبقاء على حالته سرّاً في طي الكتمان قدر الإمكان تجنباً لتلك النظرة الاجتماعية الخاطئة أو الوصمة الاجتماعية الملتصقة بالصرع التي غالباً ما تحول دون أن يسلك المصابون بهذه النوبات الصرعية بما يساير المعايير الاجتماعية، هذا بالإضافة إلى إنشار الفكرة الخاطئة عن الصرع بأنه شديد الأثر على المصاب، بل هناك نظرة أكثر خطأ بأن العدوى تنتشر عن طريق لمس المريض لحظة إصابته بالنوبة الصرعية، إلا أن واقع الأمر أن الصرع مثله مثل باقي الأمراض العضوية الأخرى (سليمان و صفاء ولي الدين، 2011، ص18).

8- الاضطرابات النفسية لدى الطفل المصاب بالصرع:

لقد تمّ التطرق إلى الاضطرابات النفسية لدى الطفل الصرعي على شكل مصطلح الشخصية الصرعية وما تتضمنه من مشكلات انفعالية وسلوكية. حيث كتب كثير من الأخصائيين عن شخصية المصاب بالصرع ووصفوها بصفات كثيرة منها التمرکز حول الذات والأناية وعدم الاستقرار وتقلب المزاج والعناد، كما أن الطفل المصاب بالصرع سيء التوافق في المنزل والمدرسة (شاكر مجيد، 2008، ص293).

-الشخصية الصرعية:

في سنة 1926 ذكر (برنهام) أن انعدام الثبات العاطفي والعناد والقسوة والمبالغة هي مظاهر رد فعل للمصابين بالصرع، أحيانا مندفع ويمكن تحويله عن قراره بسهولة، كما وصف (نبريدج) شخصية المصاب بالصرع على أنه منطوي على نفسه، يراوغ على طلب تنفيذ الأشياء بطريقته الخاصة ومعرض دائما للغضب (شاكر مجيد، 2008، ص293).

كما أشارت مينكوسكا في أعمالها وبحوثها في دراسة الشخصية وذلك باستعمال اختبار رورشاخ وتوصلت إلى وجود قطبين:

- قطب يتميز بالضعف والتحكم في ردود الأفعال الانفعالية.

- قطب انفجاري يتميز بردود أفعال عنيفة وسلوكات عدوانية.

فالشخصية الصرعية تتناوب بين هذين القطبين.

كما أضافت على وجود نموذجين مختلفين تمامًا يمثلان بيئة نفس مرضية الأولى حواسي (Sensitive) صرعي والثاني عقلاني (Rationnel) فصامي.

(Doronesme, 2001, p198).

9- التدابير الاحتياطية اللازمة لإدارة حياة الطفل المصاب بالصرع:

- لا تضيع الوقت والجهد في منافسة أسباب حدوث الصرع للطفل أو أنه قد ورثه من أي فرع من فروع الأسرة.

- لا تجعل من الصرع مبررا لتقليل توقعاتك بالنسبة لأداء الطفل، يجب تشجيعه على الاعتقاد بأن الصرع هو مجرد نوع من الازعاج المؤقت وأن هذا لا يقلل من قيمته كطفل كباقي الأطفال.

- عدم المبالغة في الحماية والرعاية، يجب أن يخضع للنظام العادي.

- مساعدة الطفل على تنمية مهاراته الاجتماعية أو تشجيعه على ممارسة أي نشاط يؤدي إلى تحسين صورته عن ذاته.

- تشجيع الطفل الصرعي على إحصاء عدد الأيام التي لا تهاجمه فيها النوبات وليس عدد الأيام التي تصيبه فيها حتى يتمتع بالقدرة على الحياة بشكل طبيعي.

- تذكير الطفل الصرعي دائما بأن النوبات يمكن أن تتوقف (الصدفي، 2007، ص 102-103).

إن الطفل المتدرس المصاب بالصرع قد يواجه العديد من المشاكل التي تعيقه عن القيام بمختلف نشاطاته (الدراسية، الترفيهية...) لهذا يجب أخذ التدابير اللازمة والحرص على إتباع الخطوات والارشادات المناسبة التي تعمل على تعزيز السلامة النفسية للطفل المصاب حتى يستطيع أن يندمج بشكل طبيعي مع أقرانه.

خلاصة:

قد يصاب الانسان بمرض الصرع في أي مرحلة من مراحل العمر من الولادة وحتى الشيخوخة. ويتضح من خلال ما تناوله الباحث في هذا الفصل أن مرحلة الطفولة المتأخرة تتميز بالهدوء والاستقرار والثبات الانفعالي، في حين أن إصابة الطفل بالصرع في هذه المرحلة قد يخل بهذا الاستقرار فتظهر لديه مشكلات انفعالية وسيكولوجية واجتماعية نظرا لطبيعة هذا المرض وأعراضه. فيمكن أن تتعدد أكثر فأكثر إلى أن تصبح اضطرابا حقيقيا فيما بعد، لذا يجب أن يحظى الطفل بكل الرعاية المطلوبة وخاصة النفسية من الطرف الاسرة ككل، أو حتى استشارة المتخصصين في هذا المجال وذلك بهدف مواجهة هذه المشكلات لديه والتركيز على تحسين الظروف المحيطة به للمحافظة على نموه الطبيعي.

الفصل الثالث:

الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع

تمهيد

- 1- تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- 2- أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع
- 3- خصائص الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع
- 4- النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية
- 5- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- 6- الوقاية من الاضطرابات السلوكية وعلاجها

خلاصة

تمهيد:

يتميز الأطفال على العموم في مرحلة الطفولة في ممارسة بعض الأنماط السلوكية والانفعالية تبدو أحياناً شاذة وغير متوقعة وتعتبر طبيعية قد تنسجم مع خصائص المرحلة لأنها تحدث بصورة مؤقتة وفي ظروف ومواقف خاصة وتصبح مرضية عندما يتكرر ظهورها في أغلب الأوقات وفي ظروف متعددة وأحياناً تلفت الانتباه إليها وبالتالي تصبح سمة مميزة للطفل وتوصف على أنها اضطرابات تعرق نمو الطفل بشكل طبيعي وبصورة سليمة.

في إطار السيروية النفسمرضية لدى الطفل المصاب بالصرع يستعمل غالباً آليات عقلية متمثلة في اضطرابات سلوكية وانفعالية رداً على ما يواجهه من صراعات داخلية وخارجية فتصبح بذلك عائقاً للسيروية النمائية وتشكل مصدراً أساسياً لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين به.

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود مجموعة من الآليات العقلية التي يتميزون بها الأطفال المصابون بالصرع فمنها ما هو ذا طابع انفعالي كالقلق والاكتئاب والانسحاب الانفعالي ومنها يطبع بصبغة سلوكية مباشرة كاضطرابات التفكير، النشاط الزائد، السلوك العدواني.

1- تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لا يمكن إعطاء تعريف شامل ومتكامل للاضطرابات السلوكية والانفعالية يكون بالإمكان الاتفاق على مضمونه ومفرداته حيث لا تكمن الصعوبة في قلة التعريفات فحسب بل تظهر في تعدد يميزه عدم الوضوح وعدم التمايز لهذا المصطلح بما يجعله مختلفاً عن المصطلحات النفسية في هذا الميدان (جمعة، 2000، ص 28)، ضف إلى ذلك على ما تتصف به من نسبية، ففقد يُظهر الأطفال المضطربين سلوكياً تصرفات طبيعية ويظهر الأطفال العاديين أنماطاً سلوكية مضطربة، وأخيراً تتعدد التسميات لهذا المصطلح الذي يلجأ إليها الباحثون والمختصين من أهمها: الاضطرابات الانفعالية، سوء التوافق الاجتماعي، السلوك غير التكيفي واضطرابات الشخصية (حسين، 2002، ص 31).

حيث يرى "هاليمان وكوفمان" (Hallahman et Kauffman) أن صعوبة الإتفاق على تعريف واضح للاضطرابات السلوكية والانفعالية يرجع إلى عدّة أسباب منها:

- الافتقار إلى وجود تعريف واضح ومحدد لمفهوم الصحة العقلية والصحة النفسية السليمة.
- الاختلاف بين وجهة النظر بين الاتجاهات والنماذج النظرية المفاهيمية ذات الاهتمام بالاضطرابات الانفعالية.
- صعوبة قياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
- التداخل بين الاضطرابات الانفعالية
- الاختلاف في التوقعات الاجتماعية والثقافية حول السلوك السوي وغير السوي (الزغول، 2006، ص 23).

سوف نتعرض لجملة من التعريفات التي أعطاها الباحثون والمتخصصون لهذا المصطلح حيث يرى روس (1974) (Ross.A) بأنها اضطراب سيكولوجي يتضح ويبرز عندما يسلك الفرد سلوكًا منحرفًا وشاذًا بصورة واضحة عن السلوك السوي باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء من بيئة الفرد نفسه (الروسان ، 2001، ص 48) في حين يُعطي "كوفمان" (Kauffamn) تعريف لهذا المصطلح طابع اجتماعي حيث يُشير إلى الأطفال المضطربين سلوكيًا هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعيًا (السرطاوي وسي سالم، 1987، ص 05) وهناك من أعطاه طابع تربوي بوجود ردود أفعال انفعالية وسلوكية من جانب الطفل في المدرسة يختلف تمامًا عن تلك المعايير التي تتناسب مع عمره الزمني وثقافته وجماعته العرقية وذلك إلى الدرجة التي يجعلها تؤثر سلبًا في أدائه التربوي وبالتالي على المهارات الأكاديمية (عادل عبد الله، 2008، ص 424).

أما "آمال عبد السميع باظة" فتري أن الاضطرابات السلوكية ما هي إلا مجموعة من الاضطرابات في علاقة الطفل مع الآخرين أو مع ذاته وتتضمن أبعادًا سبعة وهي اضطراب السلوك، الاكتئاب، القلق، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، واضطراب التواصل (باظة، 2001، ص 13).

فيرى "شيفر ميلمان" (1989) أنها مجموعة متنوعة من السلوكيات الغير مقبولة اجتماعيًا، وتضع الطفل في حالة صراع مع ذاته والمجتمع وتنجم بدورها عن أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والاعتماد على الغير (ميلمان 1989، ص 171).

ويوضح "بهادر" (Behadder) أن الاضطرابات السلوكية هي جميع الأفعال والتصرفات التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة والمدرسة حيث لا تتناسب مع معايير المتعارف عليها والمعمول بها في البيئة وتشكل انحرافا واضحا عن السلوك المتوقع من الفرد العادي، وتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء وسوء التوافق الاجتماعي (قاسم، 1994، ص 192).

وأشار إليها أحمد (2003) للتأكيد على أنها مجموعة من السلوكيات المضطربة أو الشاذة التي يلجأ إليها الفرد لتخفيف حدة الصراعات النفسية المؤلمة، وحالات التوتر الناشئة عن الإحباط المستمر، لعجزه عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع بعض دوافعه و تلبية حاجاته وتحقيق أهدافه بعد أن يعجز عن حل مشاكله بالطرق العادية والملائمة نفسياً واجتماعياً التي تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة (أحمد، 2003، ص 68).

وأوضح (هاني سلامة وآخرون، 2004) أن التلاميذ ذو الاضطرابات السلوكية هم أولئك الذين يظهرون مشكلات سلوكية ملحّة ومتسقة نُشتت تعلمهم وتعلم الآخرين وتُحل به ويطلق عليهم لفظ المضطربين انفعاليًا على أن الاضطراب الانفعالي المحرك الرئيسي لها مما يدلّ على أحد أسباب ظهورها، بينما يُعد مصطلح المضطربين سلوكيًا أكبر وصف لهذا القطاع من التلاميذ.

بينما عرّف وودي (Woody) الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال على أنها عدم القدرة على التكيف مع معايير السلوك الاجتماعي المقبول والذي ينعكس سلبيًا في قدرة الفرد على تكوين العلاقات الاجتماعية والاستمرار فيها وفي قدرة الفرد على النجاح في المهارات الأكاديمية (الزغول، 2006، ص 22).

من خلال هذه التعاريف التي طرحها الباحثين والمختصين أمثال "آمال عبد السميع باظة" و"شيفر ميلمان" و"بهادر" يتبين أن مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية يجد صعوبة في إمكانية تمديد تعريف واضح ودقيق لها. وبعد تفحص الدراسات السابقة، و وفقًا للتعريف الإجرائي لمتغير الآليات العقلية وأهداف البحث فقد تبنى الطالب الباحث تعريف كمال يوسف بلان (2011) والذي يرى أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية هي مجموعة من الاضطرابات في علاقة الطفل مع الآخرين أو مع ذاته وتتضمن أبعادًا ستة هي اضطراب السلوك، الاكتئاب، القلق، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي وذلك لأنها الأداة الوحيدة التي ركزت على قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال العاديين بعد أن اضطرت لاستبعاد البعد السابع المتمثل في اضطراب

التواصل المخصص لذوي الاحتياجات الخاصة استناداً من المقياس الأصلي لآمال عبد السميع باظة (2001) وبعد أن تمّ تعديل مفتاح التصحيح ووضع درجات جديدة ومكيفة (بلان، 2011، ص 43).

لهذا الصدد قد لاحظ الباحث أثناء عمله الميداني شيوع وتواتر هذه الأبعاد الستة لدى التلاميذ المصابين بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان.

2- أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل المصاب بالصرع:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد الآليات العقلية لدى الطفل المتمرّس المصاب بالصرع انطلاقاً من ستة أبعاد متمثلة في اضطراب السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي والقلق وعليه سيتم التعرف عليها على النحو التالي:

2-1- اضطراب السلوك:

تعد اضطرابات السلوك من بين المشكلات السلوكية التي يعاني منها المصابون بالصرع في الطفولة حيث تشكل مصدرًا أساسًا للتوتر إزعاج المحيطين به، حيث يعاني من هذا النشاط أولياء الطفل والمعلمون وحتى التلاميذ، مما يؤثر على نموه ومستقبله التعليمي والاجتماعي، ويعرف بيرون (Pieron) السلوك بـ "كل تصرف يعبر به الشخص عن حاجاته" (Défayé, 2009, p 36) فيحدد "شيفر وهيلمان" (1998) مظاهره في العدوان وتنافس الأشقاء والعصيان ونوبات الغضب وحدّة الطبع في شكل أنشطة سلوكية تدميرية وفي أشكال مختلفة من مظاهر العنف، باعتباره السلوكيات المؤذية للآخرين نفسيًا أو جسميًا وقد تكون إحباطات الحياة اليومية والشعور بالغيرة وعدم الأمن دافعًا قويا لظهوره (شيفر وهيلمان، 1998، ص ص 121، 124).

ويعبر عنه (ثابت موسى، 1989) بمصطلح السلوكيات السيئة غير الاجتماعية لأن تصرف الطفل لا يكون مقبول بأي مقياس اجتماعي ومن أساليبه العدوانية وانتهاك حقوق الغير وتدمير الممتلكات.

واعتبره حقي (2000) على التصرف بطريقة غير اجتماعية أو عدوانية أو تحدي الآخرين ويرجع غالباً لأسباب بيئية تكون نتيجة ذلك أن تنمو لدى هؤلاء الأطفال مشاعر عدم الانتماء للأشخاص أو للجماعات ويُستثنى منه من يسود مسلكه بسبب اضطرابات وجدانية أو فصامية (ألفت، 2000، ص 112).

ويُشكل عند باظة آمال عبد السميع (2001) العدائية وعدم التعاون والسلبية والمقاومة للتعامل والغضب والمعارضة والمخادعة (باظة، 2001، ص 12).

من خلال هذه التعاريف نلاحظ أن العدوان بكافة أشكاله كان من أبرز مظاهر اضطرابات السلوك حيث يعرفه قاموس "لابلانن وبونتاليس" "هو تلك النزعات التي تتجسد في تصرفات حقيقية أو هوائية تهدف لإلحاق الأذى بالآخر لتدميره أو إذلاله" (La planch et Pontalis, 2000, p 190).

وحسب الدليل الإحصائي التشخيصي DSM4 العدوانية تشمل السلوكيات من قبيل الإخافة أو التهديد كالتكشير مثلاً وبدء الخناق والشجار واستعمال سلوكيات مؤذية لإحداث ضرر جسدي خطير (Menéchal, 2004, p 28).

وتعتبره يونس (2000) من الأعراض الأساسية للاضطراب النفسي ويمثل استجابات عنيفة تضم الشعور بالغضب والعدائية غالباً ما يكون نتيجة لمواقف الاحباط، وقد يكون وسيلة لتعويض الشعور بالنقص أو فقدان احترام الذات وعدم الأمن (يونس، 2000، ص 386).

ومن خلال الدراسة الميدانية لاحظنا أن غالبية الأطفال المصابون بالصرع يعانون من اضطراب السلوك المتمثل في العدوان وذلك لشعورهم بالنقص وعدم الأمن بسبب نبذ الآخرين لهم من جراء مرض الصرع فيلجؤون إلى سلوكيات عدوانية لتفريغ طاقتهم الانفعالية لتخفيف من شدة التوتر والتمويه عن مشاعر النبذ والكرهية التي يكنها الأشخاص المحيطين بهم، فكانوا يلجؤون إلى ميكانيزم التبرير ليلتمسون أسباب ومبررات سلوكياتهم العدوانية حيث يقول في هذا الصدد فرويد (S. Freud) : "هو تقديم أسباب معقولة لكنها ليست أسباب حقيقية للتصرف بطريقة ما" ([Rtts://madjah, maktoob.com](https://madjah.maktoob.com)).

وجاءت الدراسة الحالية لتثبت عن مدى انتشار اضطرابات السلوك لدى فئة التلاميذ المصابون بالصرع، فقد احتل المرتبة الرابعة في مستوى ظهوره وشدته وذلك كما أشارت إليه الصورة الوصفية الأولية لنتائج تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية المستخدم على عينة الدراسة (انظر الجدول رقم 10)

2-2- الاكتئاب:

يثير تعريف الاكتئاب اختلافات كبيرة بين الباحثين والمختصين حيث يرى معظمهم أن اضطراب الاكتئاب لدى الطفل في حد ذاته عرضاً لاضطرابات سلوكية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية والبعض الآخر يؤكدون أن ظهوره يشكل سلوكيات مختلفة مثل التجنب والتمركز حول الذات أو الفشل المدرسي أو الأعراض السيكوسوماتية واضطرابات التصرف (كيفي، 2004، ص 07).

ونظراً لتواجده وتواتره وأثره على سلوك الأطفال المصابين بالصرع وخاصة في ظل الصراعات والضغوط المحيطة بهم وما إذا كان أثر على توافقهم النفسي وتحصيلهم الدراسي سنحاول تناوله باختصار.

عرفه الخطيب (2004) على أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي لتراكم العديد من

الاضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة وفشله في تحقيق رغباته أو الاخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين وإحساسه بالعجز والتشاؤم (الخطيب ، 2004 ، ص 574).

وتشير التقديرات إلى أن هناك طفل من بين كل 5 أطفال يعاني من شكل من أشكال الاكتئاب ويرى بعض المختصين بأن هناك ارتباط بين الاكتئاب ومشكلات أخرى كالتبول، ثوران الغضب، مص الأصابع، العزلة وغيرها (القمش، 2007، ص 278). وفي رأي العيسوي (2000) اكتئاب الأطفال هو نوع من الاكتئاب العصبي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الإشباع والتأييد العاطفي أو التخفيض المفاجئ لأساليب التدعيم، فقد اتفق معظم الباحثين على جملة من الأعراض فأشاروا على التأكيد على ظهور خمسة أعراض من أصل تسعة أعراض لاعتبار أن الطفل مكتئبًا وهي:

تغير في المزاج الأسوأ، فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء، قلة النشاط والحركة، نقص أو زيادة واضحة في الوزن، اضطراب النوم، الهياج أو الهدوء النفسي الحركي، الشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على العمل، الإحساس بالذنب مع عدم وجود أسباب لذلك، قلة الرغبة في التفكير أو التركيز بصورة مستمرة أو تكرار التفكير في الموت (العيسوي، 2000، ص 62).

أما Amenson et Levinsohn فقد أشارا أنه أكثر الاضطرابات الوجدانية انتشارًا بنسبة 5% كمرض قائم بذاته وبنسبة 1 إلى 10% كنوبة اكتئابية تنتهي بحوالي 25% بعد مرور شهر بدون مساعدة أو علاج و50% بعد ثلاثة شهور بدون ذلك أيضا (باطة ، 1999 ، ص100)

أما بالنسبة لعينة الدراسة الحالية من التلاميذ المصابين بالصرع فقد احتل اضطراب الاكتئاب المرتبة الثالثة في مستوى ظهوره وانتشاره لدى جميع متغيرات الدراسة (الجنس، السن، نوع الإصابة ومدة الإصابة) وذلك وفقًا لنتائج الدراسة الوصفية لتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الوجدانية.

2-3- اضطراب التفكير:

وتُعد كل من الهلاوس (الإدراكات والخبرات الحسية غير الواقعية) والهديانات (الأفكار والإدراكات الخاصة بالعظمة والذات) والتخيلات الخاصة بالاضطراب الفصامي بين أبرز أشكالها (باطة ، 2001، ص 14) .

حيث يشير ثابت (1998) إلى أنها تتميز بوجود تغيرات شاذة وملحوظة في التفكير كتفكك الأفكار ولا عقلانيتها والاعتقادات الخاطئة كالهذيانات وفي الإدراك كالهلاوس مصحوبة بتغيرات في السلوك كتكرار الرتيب للأفعال والأقوال ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية (ثابت، 1998، ص 107).

كما أشارت (يونس-2000) إلى أن التفكير يتميز بتأثر بحياة الطفل الداخلية فتقيدته الرغبات المكبوتة والدوافع غير المرغوب فيها اجتماعيًا وتتصف أفكاره بعدم الانسجام والبلادة الفكرية والجمود، ويغلب على تفكيره عدم التنظيم والاستجابات الانفعالية المنحرفة مصحوبة أحيانًا بهذيانات (يونس، 2000، ص 381).

وتمثل عند موسى رشاد علي (2000) مظاهر هي اللغة كالترديد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون، الهذيانات والهلاوس (علي، 2000، ص 173).

أما بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع فتكون اضطرابات التفكير متفاوتة على حسب خصوصيات كل حالة وعلى حسب قدرات التفكير وكذلك أثر تكرار النوبات الصرعية، حيث يوضح كل من (Misés et Barande, 1963) .

إن الانقطاعات المتكررة للوعي بسبب النوبات الصرعية تؤدي إلى تدمير العلاقات، أحيانًا إلى خلط ما هو ذاتي وما هو موضوعي أو الخلط ما بين الحقيقة الداخلية (الخيال) والحقيقة الخارجية (العالم الخارجي) (Graindorge, 2008, p 28).

كما أن طبيعة العلاقات الأولية للطفل المصاب بالصرع مع والديه قد تؤثر بشكل سلبي وقد تطور ميكانيزمات ذهانية أين يتم ترسيخ وتنظيم بنية ذهانية حقيقية (Bouvard, 1974, p76).

كما تُعد أشكال اضطرابات التفكير هي من أخطر الاضطرابات المتواجدة لدى الطفل المصاب بالصرع نظرًا لتأثيرها على شخصية الطفل عامة وإدراكه المتذبذب لتفاعلات الواقع المحيط به خاصة مما يؤثر على تحصيله الدراسي والأكاديمي حيث أشار آدم محمد (2003) أن اضطرابات التفكير تنجم غالبًا عن سوء المعاملة الوالدية، والتعرض للقسوة والعنف سواء الجسدي أو النفسي والتعرض للإحباط أو الخبرات الصادمة (آدم، 2003، ص ص 256-257).

وهذا ما لاحظته الباحثة أثناء الدراسة الميدانية على هذه الفئة من الأطفال.

2-4- النشاط الزائد:

يظهر الاضطراب على العموم في جملة من الأعراض والأنماط السلوكية لا تتناسب مع مستوى التطور النمائي للطفل مثل عدم القدرة على التركيز والانتباه وكثرة التنقل والحركة المفرطة والاندفاعية مما يصعب عليه تكوين أصدقاء ويصاحبه أحيانًا الانسحاب والخوف الشديد والرفض والتفوق داخل نفسه خوفًا من حدوث شيء ما (سيدني، 2003، ص 23).

وأكد سليمان عبد الرحمن (1998) أنه عرض Symptôme تشترك فيه الكثير من الاضطرابات المختلفة، فقد يكون الطفل زائد النشاط بسبب تلف مخي، أو اضطراب انفعالي أو فقدان سمعي أو بسبب ضعف عقلي (عبد الرحمن 1998، ص 23).

ويصف والكر (1985) النشاط الزائد بمجموعة من العلامات والأعراض الحركية المفرطة التي لا تجعل مستوى نشاط الطفل يساير المعايير العادية للسلوك، بحيث لا يستطيع أن يمارس ضبطا عليها

أو تحكما فيها وقد تصاحبها في معظم الحالات قصر مدى الانتباه، صعوبات في النوم والتعلم والجلوس أو الاستجابة للنظام (فتحي، 1982، ص 122-123).

ويصنف الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع هذا الاضطراب إلى قسمين تحت ثلاث أصناف رئيسية:

1- اضطراب الانتباه

2- إفراط في الحركة واندفاعية

3- الجمع بين (1) و(2)

وفي هذا الصدد يوضح D.S.M.III مفاهيمها الأساسية:

- إفراط النشاط الزائد (Hyperactivité): عدم القدرة على البقاء في مكان محدد ومقيد مثل (المدرسة أو أثناء الراحة)، هيجان ولا استقرار غير منظم وبدون هدف معين.

- لاندفاعية (Impulsivité): عدم القدرة على الانتظار مع صعوبة في تنفيذ الأعمال التي تتطلب تفكير منظم.

- نقص الانتباه: انتقال سريع من نشاط إلى نشاط آخر سواء في الأعمال المدرسية أو الترفيهية مع تشتت واضح في الانتباه (Ménéchal, 2004, p 28) وتوضح باظة (2001) أنه يشتمل على تشتت الانتباه وضعف تركيزه وقصر مداه وانخفاض مستوى الاستجابة اللفظية (باظة، 2001، ص 14).

وهذا ما يظهر جلياً لدى الأطفال المصابين بالصرع بشكل ملحوظ وكبير، حيث يؤكد (Austin et al) أن 25% إلى 40% من الأطفال المصابين بالصرع يظهرون اضطرابات فرط الحركة وعجز الانتباه (Graindorge, 2005).

وهذا ما لاحظّه الباحث لدى عينة الدراسة الحالية حيث أوضحت النتائج الوصفية لتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية أن اضطراب النشاط الزائد جاء في المرتبة الثانية (انظر الجدول رقم 10).

2-5- الانسحاب الانفعالي:

يعرف شيفر وميلمان الانسحاب بأنه : الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل أو الاقتصار إلى أساليب التواصل الاجتماعي (شيفر وميلمان، 2008، ص 199).

ويتميز الأطفال المنسحبين انفعاليًا في إيجاد صعوبة في التفاعل وعدم القدرة على التواصل والخلل والفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وقد يلجؤون إلى الخيال وأحلام اليقظة ويميلون للتمرد في التفاعل معهم وأحيانًا يعانون من مخاوف محددة وشديدة ليس لها أساس معقول واضح كالخوف المرضي من المدرسة (القاسم وآخرون، 2000، ص 123).

وقد أكد عبد الخالق (2001) على أنه قد يتمظهر في عدّة أشكال منها التبدل الانفعالي لأي انخفاض القدرة على الاستجابة الانفعالية ونقص الشعور بالعطف والحنان والاحباط الذي يواجهه الطفل في مواجهة المطالب البيئية وعدم التناسب بين الانفعال والمنبه الذي يُثيره (عبد الخالق، 2001، ص 151).

وقد يستعمل الأطفال المصابين بالصرع هذه الآلية العقلية المتمثلة في الانسحاب الانفعالي للتقليل من حدّة الصراعات التي يواجهونها بسبب مشاعر التذمر والنبد نتيجة الإصابة بالصرع وتظاهرات النوبة الصرعية حيث يرى "نبريدج" أن المصاب بالصرع منطوي على نفسه، يراوغ على طلب تنفيذ الأشياء بطريقته الخاصة وكما يعترض على أي تدخل فيها وهو دائمًا مُعرض للغضب وتنتابه موجات متباينة من العواطف والمشاعر (شاكر مجيد، 2008، ص 294).

وبالتالي يرى الباحث أنه من الممكن أن تتواجد في زمرة الآليات العقلية لدى المصاب بالصرع.

2-6- القلق:

يعتبر الركيزة الأساسية لكل الاضطرابات السلوكية والوجدانية وأكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً في أي مجتمع لأن الشعور بالقلق أمراً طبيعياً إن كان لسبب واضح ينتهي باختفائه ولكن قد يحتاج الفرد قلق بدون سبب واضح ومحدد قد يعكّر أدائه وتفكيره إلى الحد الذي يمثل إعاقة خطيرة، مما يَشكل لديه عائقاً أو اضطراباً وتباين أعراضه على حسب حدة وشدة القلق (علي، 2000، ص41).

عرفه الباحث "مصطفى عبد المعطي" القلق في الطفولة هو حالة من التوتر المصحوب بالخوف وتوقع الخطر من الأحداث غير المألوفة أو غير المتوقعة ، أو هو حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الطفل عند ما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها (عبد المعطي، 2003، ص 364).

وتقول الباحثة "هنريت بلوش" أنه "يتوجب علينا التمييز ما بين ما يسمى بقلق كحالة انفعالية ذاتية موقفية مؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي يشعر بها كل فرد في مواقف التهديد، وما بين القلق كسمة وهذا الأخير يكون على شكل استعداد سلوكي كامن يتم تنشيطه عن طريق منبهات داخلية أو خارجية فيثير القلق لدى الفرد (Bloch, 1999, p 70).

وتشير "باظة" (2001) على أنه يشتمل على التوتر وصعوبات النوم واضطرابات الهوية وفقدان الشهية والخوف المستقبلي (باظة، 2001، ص 15).

أمّا عن أعراضه فقد أشار "آدم" (2003) إلى مجموعة من الأعراض كعدم الاستقرار. كثرة الحركة، التهيج وحدة الطباع، الخوف، تشتت الانتباه واضطراب واضح في النوم والشهية إلى الطعام ،

وسوء العلاقة مع الزملاء وشعور دائم بالخطر من تهديد خارجي وكلها تتميز بالاستمرار والشدة (آدم، 2003، ص 293).

وما أشد تأثير القلق على سلوك المصابين بالصرع، فالتهديدات التي يشعرون بها جراء حدوث نوبات صرعية مفاجئة مما يشكل انفصالهم الجزئي عن العالم نتيجة غياب الوعي، ضف إلى ذلك الصعوبة التي يجدها في الاختلاط بالآخرين وتكوين صداقات لأن ميولاتهم نحو اللعب تواجه إحباطات كبيرة يتعرضون إلى النقد والسخرية في حين أن الحاجة إلى اللعب ضرورة أساسية لإشباع الميول ومن خصائص هذه المرحلة الحساسة، كل هذه العوامل تشكل حافزاً شديداً ظهور هذا الاضطراب لديهم.

من ناحية أخرى الأشخاص الذين يعانون من نوبات الصرع يظهرون اتكالية وتبعية قوية من خلال الاعتماد الشديد على الآخرين من حولهم الذين يستطيعون تقديم العون لهم أثناء النوبة بالإضافة إلى عدم الطمأنينة الناتجة عن الشك في ضبط النوبة قد تمتد لآثارها إلى الفترات التي يخلو فيها الفرد من النوبات مما يجعله يتسم بالقلق بشكل دائم ومستمر (فتحي، 1982، ص 409-410).

قد أوضحت النتائج الوصفية الأولية لعينة الدراسة أن اضطراب القلق يتربع على عرش الآليات العقلية.

3- خصائص الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع:

نظراً لخصوصية الاضطرابات السلوكية والوجدانية وطبيعة ما يترتب عنها على حياتهم الاجتماعية والمدرسية خصوصاً، فيرى الباحث ضرورة التركيز على خصائصهم العامة مع تباينها من طفل لآخر حسب السيرورة النفسمرضية، حيث سوف يتم إلقاء نظرة موجزة عليها وذلك كما يلي:

- يلاحظ غالبًا وجود الاضطرابات السلوكية والوجدانية، إلا في سن المدرسة نظرًا لاحتكاكهم بالعالم الخارجي وعدم القدرة على مواجهة المواقف الحياتية بسبب القلق والتوتر والنفور.

- الأطفال المصابون بالصرع يتمتعون غالبًا بمظهر وهيئة عامة وذكاء كأقرانهم العاديين.

- يفضلون الدروس العلمية على النظرية ويعتمدون على حواسهم في اكتساب المعرفة ويميلون للتفاعل بشكل أفضل مع طرق التدريس المستند للنشاط أكثر من التلقين وذلك راجع لهيمنة التفكير الملموس على التفكير المجرد بسبب محدودية الفضاء الذهني (زيتوني، 2013، ص 76).

- ضعف مستوى التحصيل والقدرة على التركيز الجيد نتيجة النشاط الزائد ومحدودية المهارات اللفظية والكتابية (Jambaqué, 2008, p 46)

- في بعض الحالات يترسخ لديهم بنية ذهانية وتبدأ في التطور أين يبقى الطفل مقيدًا بميكانيزمات بدائية جدًا وفي حالات أخرى يتطور الطفل إلى نوع آخر من الاضطرابات البينية مع صعوبات في تجاوز القلق المتعلق بالوضعية الانهيارية (قلق الانفصال، صعوبات في مواجهة الصدمات، وقلق الفراغ)

- إذا كان دور الأودية المضادة للصرع هو تخفيض عدد النوبات يمكن أن يؤدي تناولها إلى ظهور بعض الأعراض الجانبية كحالات ضعف في النمو مثل الأرق، دوران، التجوال الليلي، صعوبات الانتباه و عدم التركيز، لا استقرار واستثارة حركية (Graindorge, 2005, p 125).

التكفل بالأولياء هو هام كذلك من حيث مساعدتهم على تجاوز المعاش السلبي للمرض والتكيف الإيجابي حيث تتميز ردود فعل المحيط العائلي حول ممرض الصرع بتدعيم الطفل إيجابيا أو يلبيا عل سلوكياته وقد ترغمه على القيام باستراتيجيات تكيفية مع المواقف والأحداث وغالبًا مما نلاحظ عند الأولياء الذين لديهم أبناء مصابون بالصرع يتميزون بردود أفعال تتصف بعلامات انهيارية وقلقة خصوصًا عند مما يواجهون مواقف حرجة مثل إضعاف أو تعثر كالفشل المدرسي حيث يعبرون

أحياناً ببعض السلوكيات كالحماية المفرطة، الرفض، التدليل حيث يؤكد Austin et all أن الأطفال المصابون بالصرع الذين ينتمون إلى عائلات ذات مكانة اجتماعية جيدة ولديهم مستوى عالي من الاتصال العاطفي يمثلون أعراض نفسمرضية أقل خطورة وحدّة بالمقابل النمط العائلي الذي تسوده سلوكيات الحماية المفرطة، الرفض التي تعقد أكثر اكتساب الاستقلالية لدى الطفل (زيتوني، 2016، ص 05).

4- النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية:

نظرًا لتعدد نظريات علم النفس التي اقترحت تفسيرات مختلفة ومتباينة الاضطراب السلوكي حيث ترى نظرية التحليل النفسي أنها تنتج غالبًا من الصراعات المكبوتة في اللاوعي والتي تسعى إلى الظهور وعلى شكل اضطراب في السلوك نتيجة عدم التوازن بين نزاعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط لديه.

وترى المدرسة السلوكية أن اضطراب السلوك متعلم وأن الطفل الذي يتعلم سلوكًا غير مرغوب فسه لا يجد من يقف إلى جانبه لتخليصه منه أو تعليمه السلوك المقبول (خولة، 2003، ص 37).

وتؤكد النظرية النفسبيولوجية "الفردية أدلر" على أهمية الجمع بين العوامل النفسية والبيولوجية عند النظر في أسباب الاضطرابات عل أنه ناتجة عن تفاعلات مستمرة ومتعاقبة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في جميع أدوار حياة الفرد.

وبالرغم من تعدد النظريات لتفسير الاضطرابات السلوكية إلا أن معظمها لا تكتفي لتفسير كل أنواع الاضطرابات السلوكية مع الرغم أن الكثير من روادها مازالوا يتقيدون في حدود النظريات السببية لكل مدرسة من مدارس علم النفس. بما أن الطفل المصاب بالصرع يُعاني غالبًا من اضطرابات وظيفية في الدماغ، ضف إلى ذلك الصعوبات التي يواجهونها في التفاعلات الاجتماعية سنركز على أربعة مجالات مهمة قد تتداخل فيما بينها وبإمكانها أن تسبب له اضطرابات سلوكية وانفعالية.

4-1- المجال الجسمي والبيولوجي:

يُشير "توماس ورتيش" 1968 (Thomas et Rich) على أن الاضطرابات السلوكية الناتجة عن عوامل بيولوجية تكون أكثر وضوحًا وخاصة في الحالات الشديدة (التخلف العقلي، الصرع...) (Rossi, 1974, p 82).

إن أية إصابة للجهاز العصبي وخاصة الدماغ لها أن تترك أثرًا واضحًا في وظائف هذا الجهاز، وكلما حدثت هذه الإصابات في سن مبكرة كلما كان تأثيرها واضح على النواحي الجسمية والعقلية، إلا أن بعض الخبراء المختصون يؤكدون بأن الأطفال المصابون بالصرع يميلون لجلب المشاكل السلبية وقد يكون رد الفعل الاجتماعي نحوها سببًا في زيادة حالة سوء (كمال علي، 1983، ص618).

4-2- مجال العائلة أو الأسرة:

أشار "بيتلهيم" 1967 (Betelheim) إلى أن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلاً إلى التفاعلات السلبية بين الطفل وأمه ويتطور من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه، لذلك فقد وجد أن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية يعانون من عدم اتساق وتماثل في علاقاتهم مع والديهم (خولة، 2000، ص 38).

ومن الأمثلة عن التفاعلات السلبية خصوصًا لدى أهل الأطفال المصابين بالصرع انخفاض التفاعلات الإيجابية، الرفض، الحماية الزائدة، التدليل، عدم مراقبتهم وعقابهم، عدم الانتباه والاهتمام بهم...

4-3- مجال المدرسة: يرى "كوفمان" (1977) (Kauffman) أن المدرسة قد تكون

عامل من عوامل ظهور الاضطراب لدى الطفل، فالانفعال والعقاب والإحباط وغياب التنظيم كلها عوامل تساعد على ظهور الاضطراب لدى الطفل، لذلك فقد شخص "كوفمان" عدد من العوامل

المدرسية التي قد تسبب مشاكل انفعالية منها: عدم اهتمام المعلمين بالفروق الفردية بين التلاميذ وتوقعات المربين وأولياء الأمور غير الملائمة لقدرات الطفل الصحية والعقلية مما يجعلهم يكلفوا الطفل بأعمال مدرسية أعلى من طاقاته مما يُصيبه بالإحباط.

4-4- مجال المجتمع:

بسبب الجهل بطبيعة الدماغ والفهم الخاطئ كحالة الصرع والأسباب المؤدية له يعانون الأطفال المصابون بالصرع من العزلة الاجتماعية، فالمجتمع ينظر إلى مرضى القلب والربو والأمراض المزمنة الأخرى بالرأفة والعطف والاستعداد للمساعدة، بالمقابل يُنظر المصابين بالربو والشك والخوف والنبذ فيتجنبهم ويجعلهم في عزلة عنه، ونتيجة لذلك يضطر المصاب بالصرع وأهله خصوصًا الوالدين الإبقاء على حالته سرًا (الكتمان عن المرض) تجنبًا للنظرة الاجتماعية الواصمة والخاطئة (سليمان وصفاء ولي الدين ، 2011، ص ص 17-18).

5- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

من خلال الدراسة الحالية وطبيعة موضوعها حاول الباحث قدر الإمكان تجنب التصنيفات للاضطرابات السلوكية والانفعالية نظرًا لتعددتها وتداخلها في بعض الأحيان حيث ارتأى الباحث أن يمكن تصنيفها إما استنادًا لدرجة الاضطراب وشدته (بسيط، متوسط، مرتفع...) حيث يمكن أن يكون اضطراب نفسي ويمكن أن يكون عرض الاضطراب عقلي ويمكن أن يكون عرض مصاحب لمرض عصبي مزمن (Comorbidity)، إضافة إلى ذلك إلى طبيعة الاضطرابات سواء كان سلوكيًا (مثل العدوانية، النشاط الزائدة) أو انفعاليًا (القلق، الاكتئاب) أو ذهنيًا كاضطراب التفكير، مع العلم أن هدف تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية هو تحديد أبعادها مساهمة بذلك إلى تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطراب في السلوك (جمعة، 2000، ص48).

وجاءت أهم التصنيفات من قبل المختصين لهذا المجال على النحو التالي: وضع الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع تصنيفات تحت مجموعات كبرى تحمل عنوان: الاضطرابات التي تتواجد عادة في الطفولة والمراهقة من بينها: صعوبات التعلم، اضطرابات التواصل، الاضطرابات النمائية كالتوحد. اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد، اضطرابات المسلك والتصرف وغيرها (جمعة، 2000، ص 52).

بما حدد "كوي" أربع فئات أساسية للاضطرابات السلوكية هي:

اضطرابات التصرف والشخصية وعدم النضج والجنوح الاجتماعي، بينما أعطى موراس وآخرون (Morès et al) للتلاميذ المضطربين تصنيفاً نفسياً تربوياً تمثل خمس فئات: العصاب وأمراض الدماغ والفصام والسذاجة والشخصية غير المؤثر (القاسم وآخرون، 2000، ص ص 84-86).

بينما أشار أحمد (2003) أنه يمكن تصنيف الاضطراب السلوكية إلى أربع فئات رئيسية تشمل على: الاضطرابات العصبية (القلق، الرهاب، الوسواس القهري)، الاضطرابات الذهانية (الفصام، الضعف العقلي والصرع) والاضطرابات النفسجسمية والاضطرابات السيكوباتية أو ضد اجتماعية (أحمد، 2003، ص 68).

6- الوقاية من الاضطرابات السلوكية وعلاجها:

وضحت (فادية، 2001) أن شيفر وميليمان قد أشاروا إلى أن هناك أسس مهمة يجب مراعاتها عند علاج الاطفال وهي كالآتي:

- إحاطة الطفل بالعطف والحنان والرعاية والامن

- تنمية مفهوم الذات لدى الطفل وإلقاء الضوء على الجوانب الاجتماعية لشخصيته

- مساعدة الطفل على الاسترخاء والتداعي الحر والتعبير الانفعالي

- تعزيز السلوك المرغوب فيه

- تقديم القدوة الحسنة والنموذج السليم في التعامل
- عدم الاستجابة لحاجة الطفل بعد صدور السلوك غير المرغوب وحرمانه من أي مكسب يحصل عليه من خلال السلوك غير المرغوب وذلك حتى لا يتعزز غير المرغوب
- تجنب العلاقات السلبية بين الطفل ووالديه من جهة وبينه وبين أقرانه وبيئته من جهة أخرى.
- بالتالي فإن من الواجب على المحيطين على الطفل المضطرب سلوكيا وإنفعاليا السعي بشكل إيجابي للتخلص منها قبل أن تلقي بضررها على حياته ويصبح منبوذ اجتماعيا أو قاصرا فكريا وأدائيا فإن الضرورة للعلاج ضرورية لمساعدته على تحقيق نوع من التوازن والاستقرار لذلك سيحاول الباحث في هذا الجانب التنويه لعدة أشكال من أساليب العلاج التي اتفق على فاعليتها معظم المختصين والمهتمين في الميدان العلاجي:
- العلاج مع الطفل في البداية ثم يشمل الأسرة.
- العلاج النفسي الفردي: يركز على الطفل ويتم من خلال جلسات فردية مع الطفل يتم من خلالها فهم المشكلة ومدى تطورها وتأثيرها وأبعادها.
- العلاج المعرفي: ويشمل كل العمليات المعرفية المختلفة وعلى المهارات اللازمة لحل المشكلات البيئية الشخصية التي تركز على السلوك الاجتماعي ومن أهم تقنياتها النمذجة من خلال ملاحظة سلوك الآخرين والتعرض بصورة منتظمة للنماذج، كما يركز في بعض الأحيان على تقنية التحصين التدريجي أو التدريب العكسي.
- العلاج الأسري. هنا يتم من خلاله تحديد المعالج متى تتدخل الأسرة في برنامج علاج الطفل حيث يركز فيها على اعتبار الأسرة كنسق للأداء الوظيفي بدلا من التركيز على الطفل من خلال لعب الأدوار وديناميات الأسرة (ملكة، 1994، ص112).

خلاصة:

من خلال ما تقدم به الباحث في هذا الفصل يتضح أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع تتصف عمومًا بأنها سلوكيات خارجية موجهة نحو الآخرين مثل العدوان، النشاط الزائد، وأخرى سلوكيات داخلية تأخذ طابع اجتماعي انسحابي مثل الاكتئاب، القلق، المخاوف، الانسحاب الانفعالي.

تؤثر هذه الاضطرابات السلوكية والانفعالية بمختلف أبعادها وأشكالها على علاقته مع أفراد الأسرة والرفاق والتحصيل الأكاديمي، وهذا الأمر يستوجب توفير كل العناية اللازمة لهذه الفئة من الأطفال وذلك من أجل التدخل مبكرًا قبل ظهورها.

الفصل الرابع: الفشل المدرسي

تمهيد

- 1- تعريف الفشل المدرسي
- 2- مفاهيم الفشل المدرسي
- 3- تعريف التحصيل الدراسي
- 4- أنواع ومستويات التحصيل الدراسي
- 5- خصائص التحصيل الدراسي
- 6- العوامل المؤثرة على التحصيل الدراسي
- 7- قياس التحصيل الدراسي وأهدافه
- 8- تأثير الصرع على التحصيل الدراسي
- 9- الاضطرابات النفسية والفشل المدرسي
- 10- الاجراءات الوقائية والطرق العلاجية لظاهرة الفشل والرسوب المدرسي

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الفشل المدرسي موضوع متشعب وحساس لارتباطه بمستقبل التلاميذ وحياتهم الاجتماعية والمهنية واستقرارهم النفسي، لذا يجب على الأخصائيين في مختلف المجالات النظر بموضوعية للفشل المدرسي والإحاطة بجوانب المتعددة والأخذ بعين الاعتبار جميع الجوانب والعوامل المحيطة بالتلاميذ المتمدرس والعملية التعليمية وتحليلها من أجل تفكيك شفرة الأسباب الحقيقية لهذا الفشل. ولتحديد مستويات الفشل لدراسي يستخدم المعنيون وسائل متعددة أهمها وسائل التحصيل الدراسي كونه الأداة التي تحدد مستوى التلميذ داخل مجموعة متجانسة.

وعليه سيتضمن هذا الفصل: أهم المفاهيم للفشل المدرسي مدى ارتباطه بمتغير التحصيل الدراسي، أخيراً تأثير مرض الصرع على التحصيل الدراسي.

1- تعريف الفشل المدرسي

1-1- التعريف اللغوي: يرجع الفشل إلى فعل فشل الذي يعرف على أنه:

"ضعف تراخي وجين عند حرب أو شدة فهو فشل فشيل جمع فشل أفشال والمحدثون يقولون فشل في عمله أي خاب ولم ينجح" (معلوف، 1988، ص 584).

ويقترَب مفهوم الفشل المدرسي من هذا المعنى فالتلميذ الفاشل هو الذي لم ينجح في دراسته.

2- مفاهيم الفشل المدرسي:

يرتبط الفشل بمفاهيم مختلفة، فالفشل مرتبط بالتحلف، بالضعف، بالتسرب، بالكسل حيث يُعرف بأنه:

عدم نجاح الطفل كذلك أن لا يتحصل التلميذ على المعلومات والمعارف التي تهدف و تتوقع المدرسة الحصول عليها (Boltanski-Thomazi, 1980, p 21)

كما يترجم الفشل المدرسي ويقاس بـ:

- الإعادة: إعادة السنة الدراسية.

- إعادة توجيهه إلى قسم أدنى، خاص، حالة محدودة ممن التعليم الخاص.

- الانقطاع الظاهر والخفي الذي يقود في نهاية السلسلة التعليمية إلى تأهيل وإلى الحصول على شهادة ضعيفة عديمة الفعالية كمظهر التكوين جزئي، يحدد كذلك أيضا بالرجوع إلى قياسات كمية كنسبة الإعادة والتسرب والانقطاع عن الدراسة والطرْد (Boltanski-Thomazi, 1980, p 21).

بالتالي الفشل الدراسي مفهوم واسع جداً ومعقد بنسب نتائجه الواقعية التي يصعب الإحاطة بها وذلك راجع لتعدد الزوايا التي يُنظر منها إلى المشكل. ففي التعليم ذي الأنظمة المركزية مثل النموذج الجزائري والفرنسي نجد أن النجاح أو الفشل مرتبطان بمقاييس التقييم، حيث ينظر إلى الفشل من جهة التلميذ الذي لم يكتسب المعارف، أو أنه لم يتمكن من الانتقال إلى المستوى الآخر قد ينتهي به الأمر إلى المغادرة ويمكن القول أن لديه مشاكل سلوكية، ففي هذا المقياس الكمي يعتبر التكرار في المستوى الذي يطلق عليه السقوط في الامتحان مؤشراً للفشل المدرسي، وإذا نُظر إلى الفشل من جهة المدرسة يكون معناه عدم تمكنها من تحقيق الأهداف التي حددتها وأما إذا نُظر إليه من جهة المجتمع فيكون معناه عدم تحقيق المنظومة التربوية للأهداف الاجتماعية (الراجعي، 2010-2011، ص 25-26).

أما باستين وروزين (1990) Bastin et Rosen اختزلوا ظاهرة الفشل المدرسي في مغادرة التلميذ للدراسة قبل الحصول على الشهادة أو الدبلوم وإشيران أيضاً أن الفشل الدراسي يمكن كذلك أن يتحدد في مدى تباين بين النتائج المنتظرة من التلميذ والنتائج المحققة فعلاً (Bastin et Rosen, 1990, p 64).

وميّز "بوشارد وسانت أمانت" 1993 (Bouchard et Saint Amant) بين ثلاث تصورات للنجاح في السياق المدرسي: النجاح المدرسي والنجاح التربوي والنجاح الاجتماعي، حيث يركز النجاح المدرسي إلى ما هو من سمات المدرسة وكذلك ما يتعلق بمسار التلميذ، داخل المؤسسات التعليمية من فصل دراسي إلى آخر ومن سلك إلى آخر ومن طريقة تعليمية إلى أخرى، أما النجاح التربوي فيمس بدوره ليس فقط اكتساب المعارف بل تحقيق الأهداف التربوية من خلال نمو الاتجاهات والقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية، في حين يرتبط النجاح الاجتماعي بالتركيز على العلاقة بين التكوين في المدرسة والاندماج الاجتماعي والأسري والتأهيل المهني (الراجعي، 2010-2011، ص 27).

في حين ذهب محمد الدريج 1998 إلى تعريف الفشل الدراسي إلى وجود وتداخل ست عناصر أساسية في تحديه وهي:

أولاً: من المعلوم أن السنوات الدراسية في جميع مراحل التعليم، إما أن تنتهي كل واحد منها بامتحان تقويمي نهائي أو تقسم السنة الواحدة إلى عدة فصول وينتهي كل واحد منها بامتحان دوري (فصلي). كما تختم في العادة أسلاك التعليم بأطوارها الثلاثة: الابتدائي، الاساسي، الثانوي بامتحانات عامة ومقننة (الاختبارات الموحدة) تغطي مجموع المؤسسات التعليمية الرسمية وغير الرسمية في جميع الأقاليم أو المقاطعات مثل الاختبار الموحد الذي يستعمل غالباً في نهاية مرحلة ما من مراحل التعليم المتمثلة في الاطوار الثلاث سالفة الذكر مثل مرحلة التعليم الثانوي (امتحان البكالوريا).

ثانياً: الرسوب يعني الإخفاق في اجتياز امتحان من الامتحانات وعدم التفوق فيها والرسوب لغويًا هو السقوط والانحطاط إلى أسفل الدرجات (العلامات) المستعملة للتقييم في جميع الامتحانات سواء كانت كتابية أو شفوية وقد يكون الرسوب جزئيًا أو كلياً. فإما أن يرسب التلميذ في مادة دراسية أو أكثر أو في امتحان جزئي دون أن يؤثر معدله العام أو أن يرسب في أغلب المواد وبالتالي لا يبلغ مجموع درجاته المعدل العام وفي هذا الحالة يكون الرسوب كلياً.

والرسوب ينطلق مما يسمى بنظرية "المستوى الواحد للصف" وفقاً لبرامج مقررة على المدرسين احترامها ويناسب نظرياً عمر التلاميذ وقدراتهم بصفة عامة وتلاءم نوعية التعليم وأهدافه أي بمعنى أن المستويات تنتقل تدريجياً بكيفية تصاعدية عبر الصفوف، ومعنى أن ينجح التلميذ هو أن يكون قد حصل على مستوى الصف الذي يوجد فيه ويصبح قادراً على اتباع مستوى الصف الموالي والعكس معناه الرسوب أي عدم استطاعة التلميذ الحصول على المعارف الضرورية لمسايرة زملائه في الصف الموالي.

ثالثاً: يكون من نتائج الرسوب التكرار أي إعادة نفس الصف من طرف التلميذ لتحصيل نفس المستوى الذي حاول تحصيله بالفعل في السنة المنصرمة، فيتخلف دراسياً عن زملائه الناجحين. وتعتبر سياسة الرسوب منتهجة في جميع الأنظمة التربوية العالمية مع اختلاف في المعايير التي يقوم عليها قرار وبداية اعتماد الرسوب، حيث نجد بعض الأنظمة التعليمية تبدأ في تطبيق سياسة الرسوب بداية من السنة الرابعة الابتدائية ومنها ما تبدأ في السنة الأولى. وهكذا يرتبط الرسوب بالتخلف الدراسي في نفس المعنى كما نستعملها للدلالة على مفهوم آخر وهو الفشل الدراسي.

رابعاً: قد يرافق الرسوب مشاعر نفسية موافق اجتماعية سلبية في هذه الحالة نستعمل كلمة فشل للتعبير عنه، إن مشاعر الحزن والقلق التي ترافق التلميذ الراسب تجعل من الرسوب حالة نفسية- اجتماعية خاصة هي حالة الفشل وما يترتب عنه من مواقف اجتماعية كالسخرية و الوصم الاجتماعي فيكون الرسوب في هذه الحالة عقاباً معنوياً قد يتبعه أحياناً عقاب بدني نتيجة تهاون التلميذ في تحقيق النجاح والتفوق.

في هذا الإطار نستعمل مصطلح رسوب بدل فشل نتيجة عواقبه النفسية والاجتماعية.

خامساً: لا بدّ من التمييز بين الفشل والتعثر الدراسي (أو ما يسمى بصعوبات التعلم خاصة النوع البسيط منها) على أساس أن التعثر الدراسي حالة مؤقتة تكاد تكون عادية تصيب معظم التلاميذ وتعني أنه أثناء التحصيل يجد التلميذ في مادة معينة أو في موضوع ما صعوبة فهم واستيعاب لسبب من الأسباب لكن و بمجهود إضافي أو بتدخل من المدرس يتدارك التلميذ المسألة ويلحق بزملائه، لكن التعثر يمكن أن يتحول إلى رسوب وفشل إذا تكرر وتعمم وإذا لم يتم تدارك الأمر في الوقت المناسب ولذلك قد يقترن مفهوم التعثر الدراسي بمصطلح صعوبات التعلم، حيث تعرف فئات صعوبات التعلم أنها تختلف عن الفئات الأخرى كالتخلف العقلي وبطء التعلم والتأخر الدراسي فهي تضم أطفالاً يتمتعون بذكاء عادي ولا يشكون من أية إعاقات ومع هذا يعانون من مشكلات تعليمية تجعلهم يعانون في التحصيل الدراسي.

سادساً: العنصر السادس في تعريف الفشل الدراسي، يكمن في ضرورة التمييز بين التخلف (الفشل) الدراسي والتخلف العقلي.

في حين نجد الفشل (التخلف) الدراسي أو انخفاض في مستوى التحصيل لدى بعض التلاميذ عن المستوى المتوقع في اختيارات التحصيل أو عن مستوى أقرانهم العاديين الذين هم في مثل أعمارهم ومستوى فرقتهم الدراسية، في حين أن التخلف العقلي هو حالة أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر في الجهاز العصبي للفرد (الدماغ) مما يؤدي إلى نقص الذكاء وتضع آثارها في ضعف أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي. لذلك فإذا كان كل متخلف عقلياً متخلف دراسياً فإن كل متخلف دراسياً ليس بالضرورة متخلفاً عقلياً (محمد الدريج، أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ص 2-4. www.golfkids.com سجلت بتاريخ 2016/04/04).

من خلال طرح الباحث لجملة من التعاريف والآراء المختلفة المفاهيم الفشل الدراسي لعدّة باحثين نستخلص منها أنه من الصعب تكييف أو اعتماد على مقياس واحد (كمي أو كيفي) للفشل الدراسي لأنه يتخذ مدلول ضمني انعكاساً أو نتيجة للخلفية أو القاعدة التي نعطيها لها. ضف إلى ذلك تداخل عوامل عديدة ذات الصلة بالفشل الدراسي. هناك عوامل ترجع إلى التلميذ وأخرى إلى الأسرة أو عوامل مدرسية، لذلك بما أن الدراسة الحالية تركز على التلميذ المصاب بالصرع من الناحية السيكولوجية، ضف إلى ذلك المفهوم الإجرائي الذي حدده الباحث واقترحه بتدني التحصيل الدراسي أقل من المتوسط فإن الفشل الدراسي يمكن أن يتحدد على هذا المستوى في النتيجة السلبية التي يحصل عليها التلميذ بالمقارنة مع أقرانه من نفس العمر ونفس المستوى الدراسي التي تؤدي إلى التكرار أو إعادة السنة الدراسية، لذلك سوف نتطرق لموضوع التحصيل الدراسي.

3- تعريف التحصيل الدراسي:

تعددت مفاهيم التحصيل الدراسي باختلاف الأطر الفلسفية للمنظومة التربوية وتعددتها ومن

بينها:

فيحدده "روبيرت لافونت" (Robert Lafont) 1963: "المعرفة التي يحصل عليها الطفل من خلال برنامج مدرسي لتحقيق التكيف مع الوسط والعمل المدرسي" (Lafont, 1963, p 15).

أما بول باونت كوني (Paul Pawnt Kouny) فيعرفه بالعلاقة بين محتوى المعارف المكتسبة ومدى استعمالها واستخدامها في الظروف المناسبة من طرف التلميذ (Anna, p 1970, p 48).

أما الباحث إبراهيم عبد المحسن الكتاني فيعرف التحصيل الدراسي على أنه كل أداء أو نشاط تربوي يقوم به التلميذ في المواد أو المواضيع الدراسية المختلفة والذي يكمن إخضاعه للقياس عبر درجات الاختبار وتقديرات المدرسين أو كليهما" (كريم رضا، 1982، ص 43).

ويعرفه الباحث جابلن **Gaplin** هو مستوى محدد من الأداء والكفاءة في العمل الدراسي المقيم من قبل المعلمين من خلال واجبات واعمال منزلية أو عن طريق الاختبارات أو كليهما (سعد الله، 1986، ص 44).

في حين يذهب الطرييري إلى ربط التحصيل مباشرة بالأداء الدراسي للتلاميذ وما يحققونه من معرفة كنتيجة لدراسة واستيعاب مواد دراسية مقننة ومحددة، ويقاس باختبارات التحصيل وهي أدوات قياس لمدى تحصيل الفرد لما اكتسبه من معرفة أو مهارة معينة نتيجة التعليم أو التدريب في تلك المواد الدراسية (الطرييري، 1987، ص 280-281).

وقد عرفه الباحث صلاح الدين علام على أنه مدى استيعاب التلاميذ لما تعلموه من خبرات معينة في مادة دراسية مقررّة وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها التلميذ في الاختبارات المدرسية العادية في نهاية العام الدراسي أو في الاختبارات التحصيلية" (وجيه محمود، 2003، ص 282).

ويعرفه خير الله أن التحصيل هو مجموع درجات التلميذ في جميع المواد الدراسية (علي عبد الحميد، 2010، ص 92).

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن التحصيل الدراسي هو مجموع المعارف التي اكتسبها التلميذ في فصل أو عام دراسي في المواد أو المواضيع الدراسية المختلفة المقررة ويمكن إخضاعها للقياس عبر درجات الاختبارات التحصيلية وتقديرات المعلمين أو كليهما.

4- أنواع أو مستويات التحصيل الدراسي:

أكدت الدراسات المختلفة أن التحصيل الدراسي يميزه مستويات متعددة حيث قد يحقق التلميذ نجاحًا ويتحصل على درجات جيدة أو مرتفعة، كما يتعرض للفشل لحصوله على درجات أقل من المتوسط. ويشار إليها بالضعيفة وقد يتأرجح بينهما ويحصل على درجات متوسطة لذلك نجد عمومًا ثلاث أنواع أو مستويات للتحصيل الدراسي.

4-1- التحصيل الدراسي الجيد:

يطلق على التلميذ في ها المستوى المتفوق دراسيًا حيث يمكنه تحقيق درجات تحصيلية مرتفعة عن المتوقع، حيث يعرفه عبد الحميد عبد اللطيف: "التحصيل الدراسي الجيد عبارة عن سلوك يعبر عن تجاوز أداء الفرد للمستوى المتوقع منه أو حصول التلميذ على علامات متفوقة" (عبد الحميد عبد اللطيف، 1990، ص 188).

4-2- التحصيل الدراسي المتوسط:

وفيه تقع درجات التحصيل الدراسي بين الجيد والضعيفة ويعتبرها المعلمون والمختصون في مجال التربية والتعليم أنها متوسطة.

4-3- التحصيل الدراسي الضعيف:

ويطلق عليه أيضا التخلف الدراسي أو التأخر الدراسي حيث عرفه فيليب شومبي (Phillipe Champy) بأنه عبارة عن الصعوبات التي يتلقاها التلميذ في عملية التحصيل الدراسي وهذه الصعوبات تُعيقه على مواصلة مشواره الدراسي (Champy, 1980, p 90). وعرفه الباحث نعيم الرفاعي "مستويات منخفضة عن المتوقع من الاستعدادات، أي التلميذ قصر تقصيراً ملحوظاً عن بلوغ مستوى معين من التحصيل الذي تهدف المدرسة من أجله، ولا يؤخذ التحصيل عادة وحده بل يؤخذ متصلاً مع العمر الزمني للتلميذ ويُضيف الباحث نفسه أن ضعف التحصيل الدراسي أو التخلف الدراسي يكون على شكلين رئيسيين: العام والخاص، فالتخلف العام هو الذي يظهر عند التلميذ في كل المواد الدراسية أما التخلف الخاص فهو التقصير الملحوظ في عدد قليل من الموضوعات أو المقررات الدراسية، إذ نجد التخلف مثلاً في الرياضيات ويكون النجاح في الفيزياء والكيمياء (الرفاعي، 1972، ص 436).

أما حامد عبد السلام فيحدده بأنه حالة من تأخر أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو انفعالية أو اجتماعية بحيث تنخفض نسبة الذكاء دون المستوى العادي المتوسط (عبد السلام زهران ، 1972 ، ص 502).

نستخلص من هذا التقسيم لمستويات التحصيل الدراسي أنه يعتمد بشكل مباشر على درجات التلاميذ التحصيلية في المواد الدراسية المقررة فإذا كانت ضعيفة أو دون المتوسط تعتبر أن التلميذ يعاني من تأخر أو فشل دراسي.

- وأشار "عمر عبد الرحيم" (2004) إلى خصائص التلميذ متدني التحصيل الدراسي وهي:
- يكون في معظم حالاته موقف المدافع عن نفسه وعما يقوم به من أعمال بسبب عدم الثقة بالنفس والقدرة على تحمل المسؤولية في اداء الواجبات المدرسية.
 - ويمكن استفزازه بسهولة لذا نجده يثور في وجه الآخرين بسرعة ويكون التغيير لديه سريع حيث يتحول من وضع لآخر بأبسط ما يكون، إذ يتميز تحت الضغط بسرعة الانفعال.
 - عدواني، اندفاعي وسلي وغريب الأطوار مع عدم الثبات في الاعمال التي يقوم بها
 - يكبت عواطفه ومشاعره حتى لا يظهر بمظهر الضعفاء
 - يبدو عليه الحزن والتشاؤم والقلق الزائد لأبسط الاسباب
 - كثير الشك والريب وعدم روح المبادرة الذاتية (حديد، 2010، ص173-174).

5- خصائص التحصيل الدراسي:

- يمتاز التحصيل الدراسي بأنه محتوى منهاج مادة معينة أو مجموعة من المواد الدراسية لكل واحدة معارف خاصة بها.
- يظهر التحصيل الدراسي عبر الإجابات التي يتم تنقيطها في الامتحانات الفصلية الدراسية سواء كانت شفوية أو كتابية أو أدائية.
- التحصيل الدراسي يعني التحصيل الذي يشمل أغلبية التلاميذ الموجودين داخل الصف لا يهتم بالفروق الفردية ولا الميزات الخاصة.

- التحصيل الدراسي هو أسلوب تقييمي يقوم على توظيف امتحانات وأساليب ومعايير جماعية موحدة في إصدار الأحكام التقويمية بغرض تحديد المستوى المعرفي للتلاميذ بالنسبة لفرقة أو أقرانه المتعلمين في فصل دراسي معين (مزبود، 2009، ص 184).

6- العوامل المؤثرة على التحصيل الدراسي:

هناك مجموعة متداخلة من العوامل قد تؤثر في التحصيل الدراسي وبدرجات متفاوتة منها عوامل ذاتية والعوامل الأسرية والعوامل البيئية المدرسية.

6-1- العوامل الذاتية:

6-1-1- العوامل العقلية: ويقصد بها العوامل المرتبطة بالقدرات العقلية وأهمها:

الذكاء: إذا كان الذكاء عاليًا فإن الأمل يكون كبير في قدرة التلميذ في الالتحاق بزملائه ومسايرة المراحل التعليمية إذا عولجت الأسباب التي أدت إلى التأخر أو الرسوب (خليفة بركات، 1997، ص358).

بالإضافة إلى الذكاء نجد كذلك القدرات المعرفية الخاصة مثل القدرة اللغوية، الانتباه/ التذكر، القدرة على الاستدلال بحيث كشفت معظم البحوث عن طبيعة العلاقة بينهما وبين التحصيل الدراسي لدى التلميذ (سلامة وآخرون، 1973، ص 47).

ويمكن قياس هذه القدرات باستعمال طرق ووسائل غير مباشرة خاصة فيما يتعلق بقياس الذكاء مثلاً. ومن أكثر اختبارات الذكاء شيوعاً واستخداماً نجد اختبار وكسلر (Wechsler) ويستخدم هذا الاختبار لقياس القدرات العقلية العامة عند المتعلم والتنبؤ بقدرته في النجاح أو الرسوب في الدراسة (نشواتي، 1996، ص116). عموماً فاختبارات الذكاء صممت أساساً لقياس القدرات العقلية اللازمة للتحصيل الدراسي حسب النظم القائمة لهذا التحليل.

وتعتبر مسألة الوراثة والبيئة ودورها في تحديد درجة الذكاء عند المتعلم من المسائل العلمية التي أشارت جدلاً كبيراً، حيث أكد جونسون عدم جدواها مشيراً إلى أن الفروق الفردية بين التلاميذ في الذكاء والتحصيل تعود بالدرجة الأولى إلى العوامل الوراثية بنسبة 80% بينما العوامل البيئية لا تساهم إلا بنسبة 20% (حديد، 2010، ص 171). وعلى الرغم من أهمية هذه الحقائق إلا أن الوراثة الجيدة تترافق عادة بشروط بيئية جيدة وهذا ما أشار إليه وكسلر (Wechsler) في تعريف يجمع بين دور البيئة والوراثة في الذكاء حيث عرفه: بأنه القدرة الكلية على التفكير العاقل والسلوك الهادف ذي التأثير الفعال في البيئة (Wechsler, 1996, p 03). ولكن ليس بالضرورة الاعتماد كلياً على درجات التلاميذ في اختبارات الذكاء للتنبؤ بنجاحهم المدرسي أو إخفاقهم أو فشلهم ويجب الاهتمام بمسألة تحسين الشروط التعليمية كطبيعة العلاقة البيداغوجية وطرائق التدريس بالاعتماد على العوامل البيئية المؤثرة (نشواتي، 1996، ص 132).

6-1-2- العوامل الصحية والجسمية:

إن المشاكل الصحية غالباً ما تؤدي إلى عدم الانتباه والتركيز مما يؤثر سلباً على التحصيل الدراسي، ففي دراسة أجراها ويتزمان وآخرون 1986 (Wetzman et al) وجدوا أن التلاميذ المصابون بالأمراض الصحية المزمنة كانوا أكثر تغيّباً عن المدرسة من الأصحاب، مما يؤثر سلباً على التحصيل الدراسي (سيد عبد الرحمان 1998، ص 76). أما عن المشكلات الجسمية العصبية كالشلل والصرع بدورها تؤثر على تحصيل التلميذ دراسياً وتكيفه الاجتماعي خصوصاً في الحياة المدرسية إذا لم توفر له التسهيلات والرعاية التربوية المناسبة، حيث ذكر جيتش (Guitch) أن الأطفال الذين يعانون من مشكلات صحية هم في الغالب محرومون من أنواع النشاط الاجتماعي الذي يثير استعداد التلميذ ويجعلهم أكثر قابلية لمواجهة المواقف التعليمية وبالتالي يتميزون ببطء في مساهمهم المدرسي مما يدل على العلاقة الوثيقة بين النشاط والتقدم الدراسي (العمامرة، 2002، ص 105-106).

6-1-3- العوامل النفسية:

تلعب العوامل النفسية دورًا مهمًا ومن أهمها الدافعية نحو التعلم إذ لا تعلم بدون دافعية، حيث وجدت العديد من الدراسات النفسية والتربوية ارتباطًا قويًا بين التحصيل والدافعية للتعلم (عبد الحميد عبد اللطيف، 1999، ص 116). فالمقاربة السلوكية و على رأسها سكينر (Skinner) ترجع تدني الدافعية عند المتعلمين الى نقص التشجيع من المدرس أو الى العقوبات الجسدية أو السيكولوجية، بينما يرى أصحاب المقاربة الانسانية على تحسين المناخ المدرسي والاداء الفكري بوجه عام وتشجيع التلاميذ على التواصل فيما بينهم وتحفيزهم على العمل الدراسي والمثابرة نحو النجاح (وزارة التربية الوطنية، 2001، ص 135). حيث أشارت دراسة ديف (Dev, 1997) الى أن مشاركة التلميذ الايجابية في العملية التعليمية والثناء والمدح وتوفير المثيرات التي تخلق نوعا من التحدي للتعلم وتقييم عمل التلميذ جميعها من شأنها أن تعزز الدافعية الذاتية لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية وحتى مع التلاميذ الذين يعانون من صعوبات وإعاقات في التعلم (حديد، 2010، ص).

وتشير دافعية التعلم إلى حالة داخلية عند المتعلم تدفعه الى الانتباه للموقف التعليمي والاقبال عليه بنشاط موجه والاستمرار فيه حتى يتحقق التميز والتفوق في التعلم، ودافعية التعلم والتحصيل الدراسي يشترك فيها كل من المدرسة و الاسرة معا (قطامي وعدس ، 2002).

وكذلك تكوين مفهوم إيجابي نحو ذاته والثقة بالنفس فتقدير الذات مفهوم يشير إلى نظرة الفرد الإيجابية إلى نفسه بمعنى ينظر إلى ذاته نظرة تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية وإحساسه بكفاءته وجدارته واستعداده لتقبل الخبرات (كفافي، 1989، ص 110).

وهناك أيضا عوامل انفعالية قد تؤثر على مستوى التحصيل الدراسي حيث قام الباحث مصطفى كامل بدراسة العلاقة بين التحصيل الدراسي وسمات الشخصية وتوصل إلى أن الطلاب

الذين لم يصلوا إلى مستوى تحصيلي يتناسب مع قدراتهم يتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين ويميلون إلى الهروب من الموقف الاجتماعية (كامل مصطفى محمد، 1995، ص 227).

يرى (George Macon) بأن وراء الكسل والتأخر الدراسي أسباب عاطفية وانفعالية حيث أن الكسل يعني انعدام الاهتمام بالدراسة وهذا يؤدي إلى نفور وقلة انتباه وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى القلق العاطفي الذي يسبب معارضة وشعور بالنقص وشكا بالذات وعدم تلاؤم مع الواقع والهروب منه عن طريق أحلام اليقظة واستدراار عاطفة الاهل والمعلمين مما يؤدي إلى كسل ظاهري (روجيه غال، 1965، ص 385).

6-2- العوامل الأسرية:

تعتبر الأسرة في كل مجتمع رغم الاختلافات الثقافية والاجتماعية والسياسية وتفرد كل مجتمع بخصوصياته المدرسة الأولى لتربية الأبناء ونمو شخصياتهم وذلك من خلال المحافظة وحماية نموهم النفسي والجسمي والاجتماعي والعقلي ليصل إلى مرحلة البلوغ. وتحتل الأوضاع والظروف الأسرية أهم العوامل المسؤولة على تحصيلهم الدراسي وأهمها:

- المستوى الثقافي للأسرة:

نعني به المستوى التعليمي للوالدين وماله من تأثير واضح على تحصيل التلميذ. فالتلميذ الذي ينتمي إلى أسرة فقيرة متفككة اجتماعيًا نجده يعاني حتمًا من مشاكل نفسية وانفعالية تؤثر سلبًا على تحصيله أمّا التلميذ الذي ينحدر من أسرة مترابطة ومستواها الاقتصادي جيد يكون مستواه التحصيلي مرتفع (فزارة ، 1996 ، ص 106).

وهذه ما أشار إليه (Basil Bernstein) إلى أن فهم طبيعة تدني التحصيل الدراسي خاصة أو الرسوب المدرسي عامة يكمن في التفاوت اللغوي والثقافي ما بين طبقات المجتمع الواحد الناتجة عن التفاوت الاجتماعي، فاللغة المستعملة في المجتمع الواحد تختلف باختلاف المستوى الاجتماعي

والثقافي، بينما تفرض المدرسة مستوى لغويا راقيا يناسب أبناء الطبقة العليا الميسورة، وهذا ما يفسر ارتفاع نسبة نجاح أبناء الطبقة الغنية وزيادة نسبة رسوب أبناء الطبقات الفقيرة (Bernstein ,1975, p30)

كما بين (Lautry, 1980) في دراسته ان الاطفال المنتمين إلى عائلات تتكلم لغة ثرية ينجحون مدرسيا أكثر من الاطفال القادمين من عائلات لا تتعدى معجميتها 200 كلمة. ويدعم الاستاذ (Pissaro) في هذا الصدد بقوله: إنني أحالف بعض الزملاء الذين يعززون الفشل الدراسي للظروف البيئية والثقافية للأسرة، ويعللون ذلك على أبناء المغتربين في فرنسا وتخلفهم نظرا لضعف الوسط الاجتماعي والثقافي لكنني أقول: ماذا لو أخذنا بعض أنماط ثقافة هؤلاء (أبناء المهاجرين في فرنسا) لنغير بها بعض أنماط ثقافتنا وبالتالي لتحسين الوضعية الدراسية لأبنائهم وأبناءنا، فإن عملنا إذن هو وضع برامج لتقليل الرسوب المدرسي تشترك فيه تخصصات عديدة تقوم فيه فرق الصحة المدرسية والارشاد الاجتماعي والاساتذة ومشاركة الاولياء (Pissaro ,1980,p43).

وإذا كانت أغلب الدراسات الغربية قد أشارت إلى أثر المستوى الثقافي للوالدين وارتباطه إيجابا بنجاح وتفوق الأبناء دراسيا، إلا أن هناك دراسات عربية جاءت بنتائج عكسية منها دراسة " زيد الدباس" (1979) حيث وجد أن المستوى للطالب لا يتأثر بمستوى الوالد التعليمي ففي الأغلب يكون تعليم والد ووالدة الطالب المتفوق دون المرحلة الابتدائية، وهناك دراسة للدكتور رشدي عبده حيث توصل من خلالها إلى عدم وجود إرتباط بين المستوى الدراسي للأبناء ونجاحهم والمستوى الاقتصادي للأسرة وأضاف إلى أن فقر الأسرة وضعف مستواها الاجتماعي يكون في أغلب الأحيان حافزا لبذل المزيد من الجهد والنجاح في الدراسة والوصول إلى أعلى المراكز الاجتماعية (حديد، 2010، ص 182).

- النمط السائد داخل الأسرة (التوافق الأسري):

إذا كان التلميذ يعيش في جوّ أسري يسوده الاستقرار بعيد عن العنف والقسوة والإهمال والتسيب كان التحصيل جيداً وخاصة توفر الجوّ المناسب للمذاكرة والمراجعة في البيت والتي تعتبر مشجعة على تحقيق تحصيل دراسي جيد وأفضل (داود ، 1999، ص 35).

6-3- العوامل المدرسية والتربوية:

تعتبر المدرسة بمختلف هياكلها من العوامل الرئيسية التي تؤثر في التحصيل الدراسي ومن بين هذه العوامل نجد الجو الاجتماعي المدرسي الذي يتمثل في العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع المدرسي (المعلم، التلميذ، الرفاق، الهيئات الإدارية...)، حيث يرى (فؤاد ابو حطب، وأمال صادق، 1983) أن البنية المدرسية ليست مكانا يتم فيه تعلم المهارات الاكاديمية فحسب وإنما هي مجتمع متغير يتفاعل فيه الاعضاء ويؤثر بعضهم في بعض، فالعلاقات الاجتماعية بين التلاميذ والمعلم والتلاميذ مع بعضهم البعض تؤثر تأثيرا كبيرا في الجو الاجتماعي لحجرة الدراسة وهذا بدوره يؤثر في نواتج التعلم (ابو حطب وصادق، 1983، ص 505). ويذكر (Johnson) أن للبيئة المدرسية دلالات تبدو على الطالب التابع لها وهي ممثلة فيما يلي:

-عدم إنجاز ما توكل إليه من أعمال مدرسية

- الهروب و التغيب المستمر عن المدرسة

- مستوى منخفض لطموحات الطالب

- رفض التعليم ورفض التعاون في أي عمل متعلق بالمدرسة (حديد، 2010، ص 189).

كما يعتبر أسلوب التدريس الذي يتبعه الأستاذ أو المعلم تجاه تلاميذه جدّ مهم في تحفيز التلاميذ على التحصيل الدراسي الجيد من حيث قدرته على التنوع ومدى مراعاته للفروق الفردية بين

التلاميذ ومدى قدرته على تعميم الاختيارات التحصيلية بطريقة جيدة وموضوعية (أماني ، 2005-2006، ص 67). كما أشار إلى ذلك (Rosenchine, 1971, and Right Nuthul, 1980) أن المعلمين الأكثر فعالية هم الذين يمتلكون قدرات عقلية تمكنهم من استخدام نشاطات وأساليب متنوعة في التدريس ومهارات متميزة في إعداد المادة الدراسية وتنفيذها والمعلومات ذات العلاقة بالنمو والتعلم. ويمكن القول بأن المعلم الناجح والفعال في التعليم هو ذلك الذي يمتاز بمجموعة من الخصائص الانفعالية والعاطفية التي تساعده على التفاعل الايجابي مع التلاميذ (نشواتي، 1996، ص234).

وكذلك المناهج والبرامج التعليمية يجب أن تكون متكيفة مع النمو الفيزيولوجي والنفسي للتلميذ، إذ نجد بعض البرامج الدراسية التي تعد بطريقة عشوائية استعجالية دون مراعاة خصائص التلاميذ النفسية والاجتماعية (حسن، 1981، ص124).

7- قياس التحصيل الدراسي وأهدافه:

هي عبارة عن نماذج من الاختبارات التي يقوم بها المعلم أو المدرس بإعدادها من صميم المواد التعليمية التي درسها التلميذ بهدف التعرف إلى التغيرات الناجمة عن التعلم وقياس مدى تحقيق الأهداف التعليمية.

وتعتبر الاختبارات التحصيلية التي يراد بها قياس التحصيل الدراسي من أهم وسائل تقويم التحصيل وتحديد مستوى التحصيلي للطلبة (أبو علام، 2006، ص 369) وتكون في مادة معينة أو في مجموعة من المواد الدراسية، حيث يقول الباحث سامي محمد ملحم أن تقويم التحصيل الدراسي يستند إلى الاختبارات التي يعطيها المعلم في نهاية الشهر أو في منتصف الفصل الدراسي أو في نهايته، ثم تسجل نتائجه في سجل العلامات من أجل تقويم تحصيل التلميذ، بموجبها تمهيدا

لاتخاذ قرار بترقيعه أو ترسيبه أو تخرجه أو إعطائه شهادة تبين مقدار إنجازاته (الملحم، 2002، ص 80) وهي أيضا تحدد ترتيب التلميذ ومركزه في مجموعة معينة مقارنة بالمجموعة التي ينتمي إليها.

7-1- الاختبارات التحصيلية:

هي إجراء منظم لتحديد وقياس ما تعلمه المتعلم في مختلف المراحل التعليمية المختلفة (ملحم، 2001، ص 433) وهي إما اختبارات تعدّ بواسطة المعلمين أو اختبارات عامة تعدّها الوزارة في نهاية كل مرحلة دراسية مثل شهادة التعليم الابتدائي، البكالوريا، (الرازي، 2001، ص 110).

7-2- أنواع الاختبارات التحصيلية:

- الاختبارات الشفوية: يتم من خلالها توجيه المعلم للمتعلّم أسئلة شفوية وتستخدم غالبًا في قياس وتقويم كمّات معينة مثل التحصيل في القراءة والتعبير الشفوي ومن أهم عيوبها حسب الباحث "نبيل عبد الهادي" صعوبة توجيه عدد كافي من الأسئلة لكل تلميذ وما يترتب على ذلك من تأثير في نتائج الاختبار وتحديد مستوى التلميذ، ومن مزاياها الكشف عن إمكانيات التلميذ المعرفية (عبد الهادي، 1980، ص 41).

- الاختبارات المقالية:

تمثل هذه الاختبارات أدوات لقياس استراتيجيات وقدرات التلاميذ على التفكير الإبداعي وحل المشكلات بطريقة كتابية، حيث يُختبر التلاميذ كتابيا في المعارف التي تمّ اكتسابها في أي مادة من المواد الدراسية. (سعد، 1983، ص 42).

- الاختبارات الموضوعية:

هي اختبارات يتجنب التلميذ فيها الإجابة الحرّة وتفيد التلميذ في طريقة إجابته على إعطاء إجابة صحيحة واحدة لكل سؤال كما تمكن المعلم من إعطاء أحكام موضوعية وتُبعد العوامل الذاتية

أثناء عملية التنقيط وذلك لاعتمادها على مفتاح التصحيح حيث يقول الباحث نبيل عبد الهادي أمّا: "اختبارات تتناسب مع جميع التلاميذ من حيث الفروق الفردية وتتميز بنظام معين موحد مُقيد في طريقة الإجابة من الأسئلة فقد تكون الإجابة على شكل كلمة أو عبارة، إذ لها أربعة أشكال وهي: أسئلة الصواب والخطأ. أسئلة الاختيار من المتعدد، أسئلة المزاجية والمطابقة. اختبارات التكميل (عبد الهادي، 1980، ص 15).

8- تأثير الصرع على التحصيل الدراسي:

يعتبر التلاميذ المصابين بالصرع مثلهم كباقي التلاميذ بقدراتهم الفردية ومواهبهم ونقاط القوة والضعف فيهم وعلى العموم إصابتهم بهذا المرض لن تكون عائق في إمكانية نجاحهم في التحصيل الأكاديمي أو الدراسي حيث توصل العالم "كيتينج" (Keating) بعد استقصاء للمصادر العلمية حول موضوع: الصرع والذكاء لدى أطفال المدارس إلى نتيجة قاطعة هي: ليس هناك دليل على قلة مستوى الذكاء كظاهرة مصاحبة لحدوث نوبات الصرع (علي صابر، 2016، ص 03). بينما وجد "جرين" (Green) أن 50 طفلاً من المصابين بالصرع لأقل من المتوقع لأقرانهم في مجالي التحصيل الدراسي واستعمال اللغة ولهذا فقد ركز على دراسة سلوك الوالدين وعلاقته بهذه الظاهرة فاكتشف أن لدى مرضى الصرع طاقات أعلى مما يوضح أداؤهم لم ينتبه الأهل لها بسبب إهمالهم وتقديرهم الخاطئ سلفاً لقدرة المريض وعجزه عن الوصول إلى مستوى الأداء ذاته للطفل العادي، ويُضيف علي صابر في نفس المقال أنه يمكننا تفسير المشكلات الدراسية عند الأطفال المصابين بالصرع بعدة أسباب منها (ضعف التركيز، حالات الصرع غير ظاهرة إكلينيكيًا، مشاكل سلوكية وانفعالية، الآثار الجانبية السمية للأدوية المضادة للصرع...) وهناك أسباب اجتماعية ونفسية منها: اليأس والملل الذي يعاني منه المريض وقلة توقع الآخرين لقدراته والغياب المتكرر عن المدرسة نتيجة نوبات الصرع أو إرساله إلى المنزل، والتفرقة في المعاملة من الزملاء وسوء الفهم من المدرسين فضلاً عن حالة القلق والتوتر التي

تسود المريض عند النوبات وغيرها من الأسباب التي لا تكون مرتبطة كلية بمرض الصرع وعلاقته بالذكاء والتحصيل الدراسي (علي صابر، 2016، ص 5).

9- الاضطرابات النفسية و الفشل المدرسي:

الاضطرابات النفسية ليست من الأعراض المصاحبة للصرع ولكنها تنتج كرد فعل من الطفل على تصرفات الآخرين تجاه حالته المرضية، فطريقة تعامل الوالدين والمجتمع معه تنعكس سلبيًا وإيجابيًا على تصرفاته مع نفسه وتجاه الآخرين وقد تؤدي إلى اضطرابات نفسية يصعب علاجها، لذلك يجب الانتباه لها ومحاولة منع حدوثه، تلك السلوكيات غير الطبيعية قد تؤثر على تحصيله العلمي ومنها ما يلي:

- الطفل قد ينجح من مرضه ومن ثمة يقلل ثقته في نفسه.
- عدم معرفة المجتمع والمدرسة بالصرع كحالة مرضية وفهم طبيعتها مما ينعكس على سوء التصرف غير المعتمد منهم تجاه الطفل لذلك فقد تُحدث حالة من الانطواء والانعزالية، حيث يبدأ برفض الآخرين قبل أن يرفضوه مما قد يؤدي إلى نقص في قدرات ومهارات التواصل الاجتماعي.
- الحماية الزائدة في المنزل والمدرسة تؤثر على المهارات والقدرات وتسبب أحيانًا انطواء وكثرة التغيب عن المدرسة.
- طريق تعامل الآخرين معه من خلال ردود الفعل غير اللائقة من جانب الأطفال الآخرين تجاه نوبات الصرع قد ينعكس على شكل تصرفات عدوانية تجاه الآخرين (عبد الله الصبي، الطفل والتعليم، سجلت بتاريخ 2016/05/05، www.GulfKids.com).

- الوصمة الاجتماعية المرتبطة بنوبات الصرع والتي تقوم على الفكرة الخاطئة بأن الأشخاص المصابين بهذا المرض إما أنهم متخلفون عقليا أو تسكنهم أرواح شريرة أو مرضى عقليون، مما يترتب على مثل

هذه الافكار فرض بعض القيود عليهم منها حرمانهم من بعض الحقوق كالمشاركة في الأنشطة الرياضية والترفيهية وغير ذلك من القيود (فتحي، 1982، ص410).

10- الاجراءات الوقائية والطرق العلاجية لظاهرة الفشل والرسوب المدرسي:

تعد ظاهرة الفشل المدرسي مشكلة تربوية، اقتصادية، اجتماعية ونفسية أيضا ومهما كان السبب في الفشل أو الرسوب أو الاعادة فإن أغلب التربويين أجمعوا على أنه ليس هناك حل جذري ونهائي لهذه المشكلة الربوية المتعددة الابعاد والجذور والتي تتحكم فيه عوامل متعددة ومتشعبة فعلى هذا الاساس فإن الطرق والاجراءات العلاجية التي من شأنها أن تساهم في التقليل من حجم الفشل المدرسي ، ينبغي أن تكون مطابقة مع التفسيرات السابقة للعوامل المؤدية إلى هذه الظاهرة.

حيث يعرف التعليم العلاجي على أنه مجموعة من الجهود والاجراءات التربوية يقوم بها مختصون داخل عيادة تربوية من أجل الارتقاء بالمستوى التحصيلي والاداء النفسي للفئات التالية من الطلاب: من يعانون من صعوبات التعلم، المعوقين، ذوي المستوى التحصيلي الضعيف، المتفوقين عقليا والموهوبين، ويتم تنفيذ تلك الجهود التربوية أساسا بصورة فردية أو في إطار مجموعات صغيرة من الطلاب (عبد الفتاح حافظ، 2000، ص 161). كما يساهم التعليم العلاجي في التخفيف من الآثار السلبية للإعاقة على التحصيل الدراسي كما يساعد أيضا في حل المشكلات النفسية الناتجة عن توتر علاقاتهم بزملائهم بسبب عوامل الغيرة وعدم التقبل (حديد، 2010، ص 189).

ويمكننا في هذا الاطار استعمال الطرق التالية:

أ) التربية الفارقية أو التعليم المكيف:

يطبق هذا النوع من التعليم على فئة التلاميذ الذين يعانون من تأخر دراسي عميق أو صعوبات في التعلم أو التلاميذ بطيئي التعلم أو التلاميذ الذين يعانون من ضعف عقلي بسيط، ومن الضروري

هنا أن نفرق بين هذه المفاهيم رغم أن نتيحتها واحدة وتمثل في اعاقه التلاميذ عن التحصيل الدراسي وتؤدي بهم إلى الفشل سواء بالرسوب أو التسرب.

كما يهدف هذا النوع من التعليم إلى تقديم الخبرة التربوية المناسبة لكل تلميذ حسب قدراته وميوله وسمات شخصيته وظروفه الخاصة وخبراته السابقة، والتلاميذ الذين يستفيدون من التعليم المكيف يتميزون بخصائص عديدة، وهذه الخصائص تختلف من فرد إلى آخر لذلك فإن البرامج التربوية الموجهة لهم وطرق تدريسها يجب أن تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بينهم وكلما تمكن التلميذ من التعلم دون عوائق وحسن من أدائه التحصيلي يعاد إدماجه في الاقسام التعليمية العادية.

وعموما يمر هذا النوع من التعليم العلاجي بثلاث مراحل وهي:

- مرحلة الاستكشاف: يلعب فيها المعلم دورا بارزا وذلك بملاحظة صعوبات التحصيل الدراسي للتلميذ وتشخيصها جيدا بمساعدة الوسط العائلي (الاولياء) والاختصاصي النفسي باستعمال الروايز والاختبارات النفسية المناسبة وطبيب الصحة المدرسية بإجراء المعاينات الطبية الضرورية.
- مرحلة التابعة: يتم تصنيفهم إلى أفواج صغيرة حسب الحالات المشخصة ويخضعون لبرنامج دراسي مكثف وموجه حسب كل حالة ويستعمل فيه وسائل تعليمية خاصة.
- مرحلة الادماج: عندما يلاحظ المعلم أن التلميذ أن قدرته على الفهم والتحصيل قد تحسنت، يعاد ادماجه من جديد مع أقرانه في المستوى الدراسي المناسب بصفة عادية (حديد، 2010، ص190).

وهكذا نجد أنفسنا أمام ثلاث استراتيجيات من التعلم العلاجي المكيف وهي:

-اسلوب التعليم القائم على تحليل المهمة التعليمية أو التدريسية

-اسلوب التعليم القائم على العمليات العقلية أو النفسية

- اسلوب التعليم القائم على الجمع بين تحليل المهمة التعليمية والعمليات النفسية (عبد الفتاح حافظ، 2000، ص 167).

وأكدت دراسة د. بوسنة وآخرون بمخبر التربية والتكوين بجامعة الجزائر أن هذا النوع من التعليم العلاجي يسجل حاليا نقصا كبيرا بسبب قلة هذه الاقسام المتخصصة (12/ فقط من المعلمين الذين عبّروا بأنها موجودة في مقاطعتهم). إن هذه النقص أدى إلى توجيه كل التلاميذ الذين يعانون من فشل أو رسوب مدرسي إلى دروس الدعم والاستدراك والتي هي غير متكيفة مع خصوصيات البعض منهم، مع العلم أن الحاجة إلى هذه الاقسام ضرورية وأن أغلبية المعلمين 60/ يعتبرون أن هذه الاقسام المتخصصة فعالة بدرجة كبيرة (سجلت بتاريخ 2016/05/06، www.inre-dz.org/document/article).

(ب) **التعليم التعويضي:** هو برنامج تعليمي يعود في الاساس إلى اعتبار التأخر الدراسي يعود في غالب الاحيان إلى نقص الفرص التعليمية وإلى الحرمان الاجتماعي والتخلف الاقتصادي وتتضمن البرامج التعليمية الموجهة لهم:

- علاج المشكلات الاكاديمية للتلاميذ حتى لا تعوق تقدمهم الدراسي في مراحل التعليم التالية أو الموالية

- تقديم تعليم مهني وخبرات عمل للتلاميذ في سياق غير اكاديمي

- تقديم برنامج تعليمي مكثف للأطفال غير القادرين من الناحية المادية ولهم امكانيات عقلية واعدة ومساعدة أولياء أمورهم

ج) بيداغوجية الدعم: يقدم في شكل حصص استدرائية عند وجود فراغ داخل التوقيت الاسبوعي وتهدف إلى معالجة النقائص المشخصة لدى التلاميذ أو التأخر الدراسي الموقفي الناتج عن مواقف معينة مثل المرور بخبرات انفعالية مؤلمة.

ويتم تنظيم حصص استدرائية حسب الحاجة التربوية ولمجموعات من التلاميذ يتشابه ملامح نقائصهم المشخصة، وتقدم الحصص في شكل مراجعات وتمهين تطبيقية وليس على شكل دروس عادية (سيد سليمان، 1999، ص 138).

10-1- دور المعلم في الحد من ظاهرة الفشل أو الرسوب المدرسي:

- على المعلم أن يكون على دراية بمختلف الامراض المزمنة التي تصيب أحيانا الاطفال المتدربين لذا يجب أن يعرف نوع العلاج الطبي الذي يتعاطاه التلميذ المصاب بمرض مزمن (الصرع، الربو، السكري...) وما لهذا من آثار جانبية عليه وأن يحسن مراقبته أثناء تصرفاته وأعماله وأن يكون حذرا في تعامله فيحترم مشاعره وأحاسيسه، فلا يشعره أمام زملائه وخاصة بشكل علني أنه مصاب أو أنه يعاني من مشاكل وصعوبات خاصة.

- توفير أفضل بيئة تعليمية فمثلا من يعاني من تشتت الانتباه يجلس قريبا من المعلم ليزيد بذلك من يقظة المعلم.

- تزويد التلميذ بالتعليمات اللازمة والواجبات المطلوبة.

- تصنيف أنواع السلوك غير المقبول.

- رفع المعنويات وتقدير الذات (جوع، 2007، ص 159-162).

10- 2- علاج المشاكل العاطفية والاجتماعية والعائلية:

- تثقيف العائلة بالمشاكل والصعوبات التي يعاني منها التلميذ المتمدرس ، وإذا لازم هذه الصعوبات تشتت في الانتباه وكثرة النشاط الحركي الزائد، يجب إحالة التلميذ إلى تعاطي العلاج الطبي المدرسي وفي بعض الاحيان إحالته إلى العيادة الطبية المعنية.

- على الابوين أن يقرأ سياسة ثابتة وأن تكون قراراتهما نهائية، فلا يتناقض أحدهما في رد فعله رد فعل الآخر وأن يتعدا عن كل ما من شأنه أن يدخل الشك والريبة في نفسه أو يستخدم سبيل التهديد والخداع أو اتباع أسلوب المجاملة.

- تعاون الادارة المدرسية مع أولياء التلاميذ لحل مشكلات أبنائهم واطلاعهم على الصورة الصادقة عنهم.

- التدريب على المهارات الاجتماعية من خلال ادراك الطفل على ما يعانيه من مشكل اجتماعية ثم مساعدته على القيام بأدوار اجتماعية مختلفة وفي حالات مختلفة وتشجيعه على ممارسة بعض الادوار الاجتماعية .

- يجب أن تتبع الادارة المدرسية بمختلف مواردها البشرية في تعاملها مع الطفل سياسة بعيدة عن التردد وعدم الثبات تجاه كل من السلوك الحسن والسلوك السيئ، فالتردد في الرد على كل تصرف الطفل أو تأخيره يؤدي إلى رد فعل عكسي لديه ويعزز السلوك السلبي عنده (جوع، 2007، ص 174-177). حيث يقول الباحث محمد منير مرسى في هذا الشأن: لا يقتصر عمل الادارة المدرسية في تصريف الشؤون الادارية اليومية فحسب بل هي مسؤولة على رسم سياسة عامة للمدرسة من شأنها المساعدة على تربية التلاميذ وتكليفهم السوي، ويتوقف نجاح المدرسة إلى حد كبير على فهم المدير والمدرسين نجاح التلاميذ واستعداداتهم واهتماماتهم وأساليب المعاملة التي تساعد على تنمية شخصيتهم (منير مرسى، 1999، ص 94).

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى متغير الفشل المدرسي، هذا المصطلح الذي يقصد به النتيجة السلبية التي يحصل عليها التلميذ بالمقارنة مع أقرانه من نفس العمر ونفس المستوى الدراسي التي تؤدي إلى إعادة أو تكرار السنة الدراسية، كما تعرفنا على التحصيل الدراسي كونه المحدد الرئيسي للنجاح أو الفشل المدرسي والذي ينطلق من عدة مبادئ وشروط. كما حاولنا التعرف على العوامل المؤثرة في التحصيل وكذلك تأثير مرض الصرع عليه من خلال عرض بعض الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالفشل المدرسي لدى التلميذ المتمدرس المصاب بالصرع.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

3- الأساليب الإحصائية

تمهيد:

يرتكز موضوع بحثنا على دراسة العلاقة بين الآليات العقلية للمتمدرس المصاب بالصراع والفشل المدرسي بالمؤسسات المدرسية بتلمسان. فبعد تناول الطالب الباحث لهذا الموضوع من جانبه النظري أين قام بتحديد إشكاليته وفرضياته والتطرق إلى الفصول المتعلقة بمتغيرات البحث، سوف نتطرق إلى جانبه التطبيقي الذي هو أساس كل بحث علمي لاعتماده على الأدوات والمقاييس التي تثبت مدى صحة النتائج المحصل عليها، ومنه التحقق من مدى صحة فرضيات البحث مما يسهل علينا تحليل ومناقشة النتائج.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة في البحوث العلمية تساعد على اكتشاف طريقة البحث وصياغة مشكلة البحث وفرضياته وضبط المعينات التي قد تعوق المواصلة في البحث خاصة في الدراسة الميدانية كونها تساعد على التعرف على ميدان البحث والتأقلم ومعرفة بعض جوانبه التي لا تظهرها حتمًا القراءات والأدبيات المتعلقة بالظاهرة محل البحث (سبعون وجرادي، 2012، ص 77).

وقصد إجراء الدراسة الاستطلاعية قام الباحث بزيارة ميدانية إلى وحدة العلوم النفسية بالمستشفى الجامعي بتلمسان بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات الميدانية والاستفادة منها في تقنين أداة الدراسة وتحديد بنودها، وتم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية ممثلة في عينة مكونة من 22 طفلًا مصابًا بالصرع يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية وتتراوح أعمارهم من 8-13 سنة. ثم بعد ذلك توجه الطالب الباحث إلى وحدات الكشف التابعة لكل من عيادات الصحة المدرسية التابعة للمقاطعات التالية: ثانوية بوزيدي مختار (صبرة)، متوسطة مالك بن أنس (شتوان)، متوسطة لاطي الحاج أحمد (سبدو)، مدرسة بن حميدي علي 1 (سيد الجيلالي)، مدرسة بن حمادي بن عمر (بني مستار).

مما سمح لنا بالاستفسار عن كل ما يتعلق بموضوع الدراسة بحضور أخصائيين نفسانيين الذين قدموا لنا معلومات عن المتمدرسين المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية في الأطوار الثلاثة، وقدموا للطالب الباحث على أن الفشل المدرسي في الطور الابتدائي لدى المتمدرسين المصابين بالصرع أكثر من الأطوار الأخرى (الأساسي والثانوي). وتمّ تحديدهم من طرف الأطباء المنتمين لهذه الوحدات وهو الأمر الذي يساعدنا على اختيار العينة بطريقة قصدية، ثم توجهنا مباشرة إلى المدارس الابتدائية المتواجدة بها العينة موزعين على 15 مدرسة ابتدائية في المؤسسات المدرسية بتلمسان.

ثم قابل الباحث كل من مدراء المؤسسات المدرسية الخمسة عشر للاستفسار عن كل مما يتعلق بموضوع البحث وبحضور بعض المعلمين الذين قدموا لنا المعلومات عن التلاميذ المتدرسين المصابين بالصرع حيث سمحوا لنا بالاطلاع على الدفاتر المدرسية الخاصة بهم.

1-1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

قبل الشروع في تطبيق الدراسة الأساسية يجب على الباحث القيام بدراسة استطلاعية على عدد محدود من أفراد مجتمع البحث وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

- توفر الباحث الفرصة لتقويم مدى مناسبة المعطيات والبيانات التي يحصل عليها للدراسة.

- التأكد من صلاحية الأدوات المستخدمة في الدراسة والتي تتمثل في:

أ) التأكد من الفهم اللغوي والإجرائي للمقياس

ب) دراسة صدق المقياس وثباته.

- التعرف على مختلف الصعوبات التي قد تواجه الباحث في الدراسة الأساسية.

- اختيار العينة التي تناسب متغيرات الدراسة.

1-2- وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 22 طفل مصابين بالصرع والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية من طرف التشخيص الطبي التابع لوحدة العلوم النفسية بالمستشفى الجامعي بتلمسان وامتدت الدراسة الاستطلاعية حوالي أربعة أشهر، من 2015/10/16 إلى غاية 2016/02/22.

1-3-1- أدوات جمع البيانات:

1-3-1- مقياس الدراسة: لاختبار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها قام الباحث باستخدام وتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية من إعداد آمل عبد السميع باظة 2001 والمعدّل من طرف الباحثان كمال يوسف بلان وإيمان عزّ (وحدة العلوم النفسية بدمشق) سنة 2010.

1-3-1-1- تعريف المقياس: هو مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية، قامت الباحثة آمل باظة بوضع مقياسها بعد الاطلاع على عينة من الاختبارات التشخيصية للاضطرابات العقلية في مرحلة الطفولة ومن بينها مقياس التقدير السيكاتري المختصر للأطفال (B.P.R.S.C) Brief psychiatric Rating Scale for children. الذي يستخدم لقياس مجموعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال لكن بعض أبعاده وعباراته لا تصلح لاستخدامها مع ذوي الاحتياجات الخاصة من فئتين الصم والمكفوفين، ثم تمّ الاطلاع على كل من اختبارات القلق والاكتئاب للأطفال من إعداد كل من رشاد عبد العزيز موسى (1983) ومحمد عبد الظاهر الطيب (1983) وكذلك قائمة ملاحظة سلوك الطفل التي وضعها كاسيل (Cassel) سنة 1961 وأعدّها للبيئة المصرية مصطفى كامل (1987).

ويقاس هذا المقياس مجموعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الاكثر شيوعا لدى الأطفال عامة ولدى الفئات الخاصة والتي أمكن توزيعها على سبعة (07) أبعاد أساسية وهي:

الاضطرابات السلوكية- الاكتئاب الاساسي- اختلال التفكير- النشاط الزائد- الانسحاب الانفعالي- القلق- اضطرابات التواصل.

البعد 01: الاضطرابات السلوكية (The Behavior disorders)

ويشمل على السلبية، المقاومة، عدم التعاون، الغضب، المعارضة، العدائية والكذب.

البعد 02: الاكتئاب الاساسي (Major Depression)

ويشمل الافكار الانتحارية، الاكتئاب المزاجي، الشعور بالنقص، انخفاض الثقة بالنفس، اضطرابات النوم.

البعد 03: اختلال التفكير (Hallucinations- Delusion- Fantesies- Schizophrenie disorders)

ويشمل على الهلاوس، الخبرات السمعية والبصرية غير الواقعية، هذيانا وادراكات خاصة بالعظمة والذات، التخيلات الخاصة والاضطراب الفصامي.

البعد 04: النشاط الزائد (hyper activity)

ويشمل على تشتت الانتباه وضعف التركيز، قصر مدى الانتباه، افراط النشاط الحركي.

البعد 05: الانسحاب الانفعالي (Emotionnel with drowal)

يشمل على فتور العاطفة واضطرب التجنب والصمت الاختياري

البعد 06: القلق (Anxiety)

ويشمل على التوتر والمخاوف والانشغال بالصراعات المثيرة للقلق

البعد 07: اضطرابات التواصل (Conduct disorders)

خاص بالصم ويشمل على اضطراب أسلوب التواصل وانخفاض مستواه وانخفاض المشاركة مع الآخرين.

وبالنسبة للمكفوفين والعادين يصبح البعد هو اضطراب الكلام ويشتمل على انخفاض المستوى اللغوي وأخطاء النطق، ارتفاع الصوت أو انخفاضه والإقلال من التحدث أو الزيادة في الاستجابة اللفظية.

بحيث كل بُعد من هذه الأبعاد يتكون من ثلاثة بنود حيث كل ثلاث عبارات (بنود) تعبّر عن سمة معينة وتقيس هذه العبارات مجموعة من الاضطرابات السلوكية والوجدانية منها، كما تتضمن الإجابة وذلك بوضع علامة مصغرة حول الرقم المناسب الموجود مقابلها لتشير بذلك إلى ما يراه المقدر مُطابقاً لحالة الطفل ويأخذ كل بند احتمالات الإجابة التالية.:

لا توجد أبداً (0) ، توجد بدرجة بسيطة (1)، توجد بدرجة أقل من متوسطة (2)، توجد بدرجة متوسطة (3)، توجد أعلى من المتوسط (4)، توجد بدرجة مرتفعة (5)، توجد بدرجة مرتفعة جداً (6).

الثبات:

أ) إعادة التطبيق: تمّ حساب الثبات للمقياس بأبعاده السبعة بإعادة تطبيقه على مجموعة من الأطفال بمتوسط عمر زمني 11.55 سنة وعددها 120 طفلاً منها 65 من الذكور و 55 من الإناث، بعدد فاصل زمني ثلاث أشهر توصل معامل الثبات الى: 0.75 بالنسبة للذكور و 0.78 بالنسبة للإناث وهذا بالنسبة لدرجة الكلية الأبعاد السبعة.

ب) الاتساق الداخلي: تمّ حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد السبعة والدرجة الكلية وكانت كلها ذات دلالة إحصائية.

ج) الصدق التمييزي: تم من خلال إيجاد الفروق بين متوسط درجت أفراد الرباعي على 27 طفلاً من 108 طفلاً من عينة التقنيين على مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية وظهرت فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين (باظة ، 2001، ص 15).

ونظرًا لتعدد الجوانب التي يضمها كل بعد من الأبعاد السبعة والتي يمكن أن يتوافر في الوقت ذاته أكثر من جانب في البعد ذاته خاصة عند الأطفال المصابين بالصرع، استعان الباحث بنفس المقياس ولكن معدّل حيث تمّت إعادة تصحيح المقياس ووضع درجاته من طرف الباحثان كمال يوسف بلان وإيمان عزّ سنة 2010، بعد أن تمّ استبعاد البعد (07) الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة، بحيث أصبح على شكل بطاقة رصد لكل جانب من الجوانب المتضمنة، وعدم الاكتفاء بجانب وواحد يختاره الشخص المقر كما هو الحال في المقياس الأصلي (حيث يتم اختيار (أ) أو (ب) أو (ج) من الاختيارات الثلاثة الموجودة مع كل بند من البنود.

استخدم الباحثان استبيان يتألف من صفحة التعليمات التي تضمنت البيانات المطلوبة عن الطفل، كما تتضمن كيفية الإجابة عن المقياس والبالغة 54 عبارة موزعة على ستة (06) أبعاد حيث ككل ثلاث عبارات تعبّر عن سمة معينة وتقيس هذه العبارات مجموعة من السلوكيات والسمات المميزة لدى الأطفال وهي كالتالي:

اضطرابات السلوكية:

عدم التعاون أ-ب-ج، العدوانية أ-ب-ج، المخادعة والتلاعب أ-ب-ج، الانتحار أ-ب-ج، النشاط الزائد أ-ب-ج، اضطراب الانتباه أ-ب-ج، صعوبات النوم أ-ب-ج، اختلال التوجه أ-ب-ج، الأنماط الحركية الثابتة أ-ب-ج،

الاضطرابات الوجدانية:

الاكتئاب المزاجي أ-ب-ج، الشعور بالنقص أ-ب-ج، التخيلات الغريبة أ-ب-ج، الهديانات أ-ب-ج، الهلاوس أ-ب-ج، الانسحاب الانفعالي أ-ب-ج، التبدل الوجداني أ-ب-ج، التوتر أ-ب-ج، القلق أ-ب-ج.

الصدق والثبات :

قد تمّ التأكد من صدق المقياس بتطبيقه على 28 طفلاً من المضطربين المترددين على وحدة العلوم النفسية بدمشق وكذلك على 28 طفلاً عادياً من إخوتهم المترددين على المركز ذاته، دون أن يذكر ذوهم أنهم يعانون مشكلات تستلزم مساعدة نفسية، تمّ حساب متوسط المجموعتين على الأبعاد السبعة والدرجة الكلية وانحرافاتها المعيارية ثم طبقت معادلة ستودنت "ت" لدلالة فروق المتوسطات التي أكدت قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين المتناقضتين مما أعطى مؤشراً جيداً على الصدق لتمييزي له. ث حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، حيث بلغ معامل الثبات لأفراد عيني الصدق 0.77 للأطفال المضطربين، 0.75 لعينة الأطفال غير المضطربين كما تمّ حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي لعيني الصدق من خلال الارتباط بين درجات البعاد السبعة والدرجة الكلية (بلان، 2011، ص 196-198).

1-3-1-2- الخائص السيكومترية لأداة الدراسة:

قد تمّ التأكد من صدق وثبات المقياس بتطبيقه على العينة الاستطلاعية التي تتكون من 22 طفلاً مصاب بالصرع يعانون من اضطرابات سلوكية المترددين على وحدة العلوم النفسية بالمستشفى الجامعي تلمسان.

+ الصدق:

- الصدق التمييزي:

تمّ حساب صدق هذا المقياس بطريقة المقارنة الطرفية وذلك بترتيب الدرجات تنازلياً، ثم أخذ نسبة 25% من طرفي المقاس الأعلى والأدنى أي ما يقابلها 5 درجات عليا و5 درجات دنيا ثم تمّ المقارنة بينهما باستخدام اختبار "T" وتفسيره هذه القيمة.

إذا كانت قيمة "T" (الفرق بين درجات مقياس الأعلى ودرجات مقياس الدنيا) دالة عند مستوى الدلالة 0.05 فهذا يعني أن المقياس صادق لأنه استطاع أن يُميز بين الطرفين، وإذا كانت قيمة الفرق "T" غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05) فهذا يعني أن المقياس غير صادق لأنه لا يميز بين الطرفين والجدول رقم (01) يوضح ذلك

الجدول رقم (01) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاضطرابات السلوكية الوجدانية

| القرار | مستوى الدلالة | درجة الحرية | T | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | حجم العينة | الطرفين | |
|--------|---------------|-------------|-------|-------------------|-----------------|------------|--------------|---------|
| دال | 0.01 | 4 | 47.23 | 3.27 | 185.2 | 5 | الطرف الأعلى | الدرجات |
| | | | | 5.32 | 139.4 | 5 | الطرف الأدنى | |

من خلال الجدول رقم (02) يتضح أن قيمة "T" بلغت (47.23) عند مستوى الدلالة

0.01 وهي دلة إحصائيًا انظر الملحق (01) وبالتالي المقياس صادق.

+ الثبات:

أ) الاتساق الداخلي:

تمّ ذلك من خلال حساب قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الستة والدرجة الكلية

للمقياس فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (02) يبين قيم معاملات الارتباط بيرسون بين أبعاد الاضطرابات السلوكية والوجدانية

والدرجة الكلية للمقياس حسب أفراد العينة .

| الأبعاد | الارتباط | مستوى الدلالة | القرار |
|---------------------|----------|---------------|--------|
| الاضطرابات السلوكية | 0.78 | 0.01 | دال |
| الاكتئاب | 0.86 | 0.01 | دال |
| اضطرابات التفكير | 0.91 | 0.01 | دال |
| النشاط الزائد | 0.96 | 0.01 | دال |
| الانسحاب الانفعالي | 0.96 | 0.01 | دال |
| القلق | 0.94 | 0.01 | دال |

نستنتج من خلال الجدول رقم (02) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس الستة والدرجة الكلية للمقياس كانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يعطي مؤشراً قوياً للتجانس الداخلي للمقياس حيث جاءت قيم معاملات الارتباط للأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس موجبة ومرتفعة إذ تراوحت ما بين 0.78 كأدنى حد قيمة الاضطراب و0.96 كأقصى قيمة.

(ب) ألفا كرونباخ: باستغلال نفس النتائج العينة الاستطلاعية 22 طفلاً مصاباً بالصرع من المضطربين، قمنا بحساب معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس (ثبات البنود) فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (03): يبين معامل ثبات مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية بطريقة ألفا كرونباخ.

| أبعاد المقياس | عدد الفقرات | معامل ألفا كرونباخ |
|---------------|-------------|--------------------|
| 06 | 18 | 0.92 |

يتضح من خلال الجدول رقم (03) أن معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل قد بلغ 0.92 وهي قيمة موجبة ومرتفعة مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ج) ثبات التجزئة النصفية:

باستعمال نفس بيانات العينة الاستطلاعية قمنا بتقسيم عدد بنود المقياس إلى نصفين متساويين (أعداد فردية/ زوجية) أي لنصف الأول يحتوي على 09 بنود فردية والنصف الثاني يحتوي على 09 بنود زوجية، تم حساب معامل الارتباط بينهما فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (03) : يبين معامل الثبات لمقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية بطريقة التجزئة النصفية .

| التجزئة النصفية | 18 | الارتباط | معامل الثبات |
|--------------------|----|----------|--------------|
| بين البنود الزوجية | 9 | 0.86 | 0.92 |
| و البنود الفردية | 9 | | |

يتضح من خلال الجدول رقم (03) أن معامل الثبات مرتفع ودال إحصائياً ويمكن الوثوق

به.

يتبين من خلال معاملات الصدق والثبات التي تم استخراجها لهذا المقياس المعدل كانت مرتفعة ودالة إحصائياً وهذا ما جعل هذا المقياس صالحاً للاستخدام في هذه الدراسة بكل ثقة واطمئنان.

1-3-2- التأكيد من نسبة ذكاء عينة الدراسة الأساسية:

قام الباحث بتطبيق اختبار رسم الرجل لجودنوف لقياس القدرة العقلية وذلك بهدف استبعاد التخلف العقلي لدى أفراد عينة الدراسة.

يتميز هذا الاختبار على أنه اختبار غير لفظي (أدائي) ومتحرر من أثر الثقافة والتحيز العرقي، أعدته الباحثة الأمريكية فلورنس جودنوف 1926، يطلب من المفحوص رسم رجل بأفضل صورة في وقت غير محدد ويتكون من 50 بنداً أو وحدة، ويتم تقييم الرسم من خلال التفاصيل المتمثلة في البنود المكونة له التي وضعتها جودنوف، بحيث تعطى علامة واحدة لكل بند موجود في الرسم. العلامة العليا 50 (نعيم عطية، 1982، ص 50-63)

ويصلح من الفئة العمرية 3 سنوات حتى الفئة العمرية 13 سنة كما هو موضح في الملحق رقم (04).

- صدق وثبات المقياس (اختبار رسم الرجل) في الدراسة الحالية:

اعتمد الباحث في الاطمئنان على صدق المقياس في الدراسة الحالية على ثلاث محكات:

(أ) توصية أساتذة علم النفس (د.بن عصمان جويده) باستخدام المقياس وخاصة مع الأطفال ولأغراض الفرز السريع.

(ب) كون المقياس أدائي ولا يتأثر بعامل الثقافة والتحيز العرقي.

(ت) تداول انتشار استخدام المقياس في الدراسات العربية.

-ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق على عينة من التلاميذ المتمدرسين بمنطقة تلمسان قوامها 15 طفلا (08 ذكور و 07 اناث) تتراوح أعمارهم ما بين 07-12 سنة، بفواصل زمني خمسة عشر يوما ، فحصل على معامل ثبات قدره (0.97) وهو معامل ثبات عالي يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات، انظر الى الملحق رقم (04).

-نتائج الاختبار:

جاءت نتائج الاختبار أن مستوى درجة الذكاء تتراوح لدى أفراد عينة الدراسة ما بين 84-113 كما هو موضح في الملحق رقم (04). مما يدل على تمتع أفراد العينة بذكاء متوسط على العموم.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- منهج البحث:

لتأكد من صدق الفروض يعتمد في هذا البحث على المنهج الوصفي. وللكشف عن التعرف على الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس وعلاقتها بالفشل المدرسي: التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان فرض على الباحث استخدام المنهج الوصفي وتطبيقه حيث يعرفه الباحث محمد شفيق على أنه: "طريقة لوصف الظاهرة وتصورها كميًا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة" (بوحوش، 2007، ص 6).

2-2- عينة البحث وخصائصها:

تتكون عينة البحث من 33 تلميذ مصاب بالصرع متمدرسين بالسنوات الثانية، الثالثة، الرابعة، الخامسة، وكان توزيع أفرادها كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يبين مجموع العينة حسب الابتدائيات الخمسة عشر والمستوى التعليمي والجنس.

| اسم الابتدائية | خصائص العينة | اسم | حسين | مزازي | وهراني | يعقوب | بوعناني | لاطي | لاطي | بن | دردقوي |
|----------------|--------------|----------------|---------------|--------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------|
| | | زيتوني (صبيرة) | مزازي (صبيرة) | خيرة (صبيرة) | بوعزة (صبيرة) | حسين (سبدو) | أحمد 1 (سبدو) | أحمد 2 (سبدو) | حمادي بن عمر (بني مستار) | بن عودة (بوحلو) | |
| السنة الثانية | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| السنة الثالثة | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| السنة الرابعة | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| السنة الخامسة | | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| ذكر | الجنس | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| أنثى | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |

| اسم الابتدائية | خصائص العينة | بوزيدي | عبد | بن | بن | زياني | مراح | المجموع |
|----------------|--------------|--------------------|----------------|---------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|---------|
| | | عبد الرحيم (بوحلو) | الرزاق (أحفير) | حميدي على 1 (سيد الجيلاي) | حميدي على 2 (سيد الجيلاي) | بلقاسم (شتوان) | عبد الرحمن (الغور) | |
| السنة الثانية | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 04 |
| السنة الثالثة | | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 05 |
| السنة الرابعة | | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 06 |
| السنة الخامسة | | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 18 |
| ذكور | الجنس | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 23 |
| اناث | | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 10 |

من خلال الجدول رقم (05) يتضح أن معظم أفراد عينة الدراسة يتموقعون في السنة الرابعة والخامسة ابتدائي.

2-3- مواصفات عينة البحث:

تتكون عينة البحث من 33 تلميذ وتلميذة مصابين بالصرع من أصل خمسة عشر مدرسة ابتدائية وكان توزيع أفرادها على النحو التالي:

الجدول رقم (06) يمثل أفراد العينة حسب متغير الجنس.

| الجنس | التكرارات | النسب المئوية % |
|---------|-----------|-----------------|
| الذكور | 23 | 69.69% |
| الإناث | 10 | 30.30% |
| المجموع | 33 | 100% |

يتضح من خلال الجدول رقم (06) أن نسبة 69.69% من أفراد العينة ذكور بينما 30.30% إناث أي أن أغلبية أفراد هذه العينة هم ذكور.

• توزيع أفراد العينة حسب متغير السن:

الجدول رقم (07) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

| السن | التكرارات | النسب المئوية % |
|-------|-----------|-----------------|
| 8-7 | 4 | 12.12% |
| 10-9 | 11 | 33.33% |
| 12-11 | 18 | 54.54% |

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أن معظم العينة عمرهم من 11-12 سنة

• توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع النوبة الصرعية (نوع الإصابة)

الجدول رقم (08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع الإصابة

| نوبة الإصابة | التكرارات | النسب المئوية % |
|--------------|-----------|-----------------|
| نوبة كبرى | 22 | 66.66% |
| نوبة صغرى | 11 | 33.33% |
| المجموع | 33 | 100% |

من خلال الجدول رقم (08) يتضح أن نسبة 66.66 % من أفراد العينة مصابة بالنوبة الكبرى، بينما 33.33 % مصابة بالنوبة الصغرى، أي أن أغلبية أفراد العينة مصابة بالنوبة الكبرى.

• توزيع أفراد العينة حسب متغير مدّة الإصابة:

الجدول رقم (09) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير مدّة الإصابة

| مدّة الإصابة بالصرع | التكرارات | النسب المئوية % |
|---------------------|-----------|-----------------|
| أكثر من 06 سنوات | 19 | 57.57% |
| أقل من 06 سنوات | 14 | 42.42% |

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن نسبة 57.57 % من أفراد العينة يعانون من مرض الصرع لمدة تفوق 06 سنوات، بينما نسبة 42.42 % يعانون من مرض الصرع لمدة أقل من 06 سنوات، أي أن هناك تقارب في مدة الإصابة.

2-4- الإطار المكاني للبحث:

تم إجراء بحثنا الميداني في المدارس الابتدائية على التلاميذ المصابين بالصرع المتواجدة بولاية تلمسان وهي كالتالي: ابتدائية مزارى مزارى دائرة (صبرة) - ابتدائية وهراني خيرة (صبرة) - ابتدائية

حساين زيتوني (صبرة) - يعقوب بوعزة (صبرة) - ابتدائية بوزيدي عبد الرحيم (بوحلو) - ابتدائية درقاوي بن عودة (بوحلو) - لاطي حاج أحمد 1 (سبدو) - لاطي حاج أحمد 2 (سبدو) - بوعناني حسين (سبدو) - بن حمادي بن عمر (بني مستار) - زيان بلقاسم (شتوان) - شهيد عبد الرزاق (أحفير) بن حميدي علي 1 (سيد الجيلالي) - بن حميدي علي 2 (سيد الجيلالي) - مراح عبد الرحمن (الغور).

2-5- الإطار الزمني للبحث:

امتدت الدراسة الأساسية حوالي خمسة أشهر، ابتداءً من 2016/10/05 إلى غاية 2017/02/15 في المدارس الخمسة عشر المتواجدة بتلمسان.

2-6- الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية:

لاختيار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتنا، قام الباحث باستخدام الملاحظة من خلال ملاحظة المؤشرات السلوكية للاضطرابات النفسية وتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية الذي أعده الباحث "كمال يوسف بلان وإيمان عزّ وحدة (العلوم النفسية بدمشق) المعدّل والمقنن لمقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية التي وضعته آمال عبد السميع باظة ونشرته عام 2001 ويغطي المقياس مجموعة من الاضطرابات السلوكية والوجدانية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال، حيث تمّت إعادة تصحيح المقياس ووضع درجاته من طرف لباحثان "كمال وسف بلان وإيمان عزّ بعد أن تمّ استبعاد البعد (07) الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة بحيث أصبح على شكل بطاقة رصد لكل جانب من الجوانب المتضمنة للبنود المكونة للأبعاد وعدم الاكتفاء بجانب واحد يختاره الشخص المقدر كما هو الحال في المقياس الأصلي (حيث يتم اختيار (أ) أو (ب) أو (ج) من الاختبارات الثلاث الموجودة مع كل بند من البنود.

استخدم في المقياس المعدّل استبيان يتألف من صفحة التعليمات التي تتضمن كفيي الإجابة عن المقياس والبالغة 54 عبارة موزعة على ستة (06) أبعاد حيث كل ثلاث عبارات تعبّر عن سمة معينة وتقيس هذه العبارات مجموعة من السلوك والسمات المميزة لدى الأطفال وهي كالتالي:

| الأبعاد | رقم البنود |
|---------------------|------------|
| الاضطرابات السلوكية | 3-1 |
| الاكتئاب الأساسي | 6-4 |
| اضطراب التفكير | 9-7 |
| النشاط الزائد | 11-10 |
| الانسحاب الانفعالي | 14-12 |
| القلق | 18-15 |

لتصبح الدرجة على كل بند من البنود ما بين (0-18) كما هو موضح على درجة الأسئلة (كراسة الإجابة) حيث يتم تنقيط كل عبارة من عبارات المكونة للبند (أ-ب-ج) وذلك بوضع علامة مصغرة حول الرقم المناسب الموجود مقابلها لتشير بذلك إلى ما يراه المقدر مطابقاً لحالة الطفل وتأخذ كل عبارة احتمالات الإجابة التالية:

لا توجد أبداً (0)، توجد بدرجة بسيطة جداً (1)، توجد بدرجة بسيطة (2) توجد بدرجة متوسطة (3) توجد بدرجة أعلى من المتوسط (4)، توجد بدرجة مرتفعة (5)، توجد بدرجة مرتفعة جداً (6) ويتم جمع الدرجات على البنود كلها.

2-7- إجراءات الدراسة:

قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة على معلمين الأطفال المصابين بالصرع المتواجدين في المؤسسات المدرسية بتلمسان وشرح لهم مضمون المقياس والتعريفات الإجرائية، ثم طلب منهم الإجابة على فقرات المقياس مع العلم أنهم بإمكانهم الاستعانة بمعلومات من طرف أهل الأطفال المصابين

بالصرع إن وجدوا صعوبة أو شك في ذلك، علمًا بأن الطالب الباحث كان حاضرًا في معظم الحالات التي ملئت فيها درجات المقياس مما سهل عملية الفهم.

يتضمن المقياس كيفية الإجابة وذلك بوضع دائرة صغيرة حول الرقم المناسب الموجود مقابلها لتشير بذلك إلى ما يرى المعلم أنها مطابقة لحالة الطفل وتأخذ كل عبارة احتمالات الإجابة التالية:

لا توجد أبدًا (0)، توجد بدرجة بسيطة جدًا (1)، توجد بدرجة بسيطة (2)، توجد بدرجة متوسطة (3)، توجد بدرجة أعلى من المتوسط (4)، توجد بدرجة مرتفعة (5)، توجد بدرجة مرتفعة جدًا (6) ثم قمنا بتفريغ هذه الدرجات على برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss 20 ثم تحليلها في ضوء الدراسات السابقة وأهداف الدراسة وفرضياتهم .

3- الأساليب الإحصائية:

من أجل حساب ومعالجة بيانات الدراسة قام الباحث بالاستعانة ببرنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss20.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة النتائج

- 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
 - 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
 - 3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
 - 4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
 - 5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
 - 6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
- استنتاج عام

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

بعد المعالجة الإحصائية تمّ التوصل إلى الآليات العقلية أثر انتشارًا لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان هي: القلق-النشاط الزائد- الاكتئاب - ثم الاضطرابات السلوكية.

الجدول رقم (10) يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للآليات العقلية وترتيبها حسب أبعادها الستة.

| الترتيب | الانحراف المعياري (ع) | المتوسط الحسابي (م) | عدد العينة | الآليات العقلية |
|---------|-----------------------|---------------------|------------|---------------------|
| 4 | 3.22 | 25.27 | 33 | الاضطرابات السلوكية |
| 3 | 2.85 | 27.51 | 33 | الاكتئاب |
| 6 | 3.34 | 23.12 | 33 | اضطرابات التفكير |
| 2 | 3.22 | 31.18 | 33 | النشاط الزائد |
| 5 | 3.32 | 24.27 | 33 | الانسحاب الانفعالي |
| 1 | 4.25 | 33.51 | 33 | القلق |

من خلال الجدول رقم (10) والذي يمثل ترتيب الآليات العقلية حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية نلاحظ أن الآلية العقلية الأكثر انتشارًا لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع بالمؤسسات التربوية بتلمسان هو اضطراب القلق الذي احتل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (33.51) وانحراف معياري (4.25) ثم يليه في المرتبة الثانية النشاط الزائد بمتوسط حسابي (31.18) وانحراف معياري (3.22) ثم المرتبة الثالثة نجد الاكتئاب بمتوسط حسابي (27.51)

وانحراف معياري (2.85)، أمّا المرتبة الرابعة نجد الاضطرابات السلوكية (25.27) وانحراف معياري (3.22) وفي المرتبة الخامسة الانسحاب الانفعالي بمتوسط حسابي (24.27) وانحراف معياري (3.32) وفي المرتبة الأخيرة نجد اضطراب التفكير بمتوسط حسابي (23.12) وانحراف معياري (3.34) إذا حاولنا تحليل الأبعاد الستة المتمثلة للآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس كما هو موضح في الجدول رقم (10) نلاحظ هيمنة القلق والنشاط الزائد والاكتئاب بشكل واضح وهذا راجع بالدرجة الأولى بسبب ما تعرضوا له من صعوبات وإحباطات وخبرات مؤلمة نتيجة تكرار النوبات الصرعية التي بدورها تُحدث انقطاعات متكررة للوعي وعلاقته بالعالم الخارجي والتي تُسبب نوع من القلق الذي يهدر كل طاقات الطفل المصاب بالصرع محدثة بذلك اضطرابات واضحة تسبب لديهم التوتر والضيق والشعور بالوحدة وتقلل من اعتمادهم على أنفسهم ويجدون صعوبة في التكيف مع المحيط المدرسي مما يتولد عنه تراكمات اكتئابية، الأمر الذي يدفعهم إلى عدم الاندماج في التفاعلات الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي.

أمّا فيما يخص النشاط الزائد فهو راجع بالدرجة الأولى إلى اضطرابات الانتباه مما يولد لديهم اختلالاً في التوازن الإدراكي والاجتماعي وحتى المعرفي، حيث يؤكد هـ. فالون (1925) H.Wallon لدى الطفل المصاب بالصرع أي عملية تفكير تتم عن طريق وصف بدون توجيه ذهني، ينتقل من كلمة إلى كلمة أخرى مع التركيز على التفاصيل الثانوية الملموسة ذات مؤشرات محلية ملموسة، هي عبارة عن شريط مسجل من الذكريات أين يتم تقييده بها (هـ. فالون 1925، ص8) هذا ما يؤكده الباحث نفسه في دراسته حول نقص الانتباه عند الطفل المصاب بالصرع لنيل شهادة الماجستير (2013) حيث أسفرت النتائج على محدودية الفضاء الذهني من خلال هيمنة التفكير الإدراكي الملموس على التفكير المجرد (زيتوني محمد زهير 2013، ص 96)

وجاءت نتائج الفرضية الأساسية الأولى متفقة مع بعض نتائج الدراسات السابقة حول مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى المصاب بالصرع منها دراسة ميولتان مينادوفيش (2011) وكذلك دراسة بيازي وآخرون (2001) Piazini et al عن

ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع وذلك راجع بالدرجة الأولى للتغيرات المحدثة في وظائف الدماغ نتيجة تكرار نوبات الصرع، حيث يوضح باربال إندلر (Barbel Inhdler) عند تعرض الفرد لتوتر حاد وشديد نلاحظ لديه نكوص إلى أشكال بدائية من التفكير وهذا ما يتعرض له الطفل المصاب بالصرع نتيجة قلق تكرار النوبات الصرعية مما تسبب له آليات نكوصية عن طريق استثمار وعدم استثمار مرحلي للمنظومة الإدراكية (C.Bouvard, 1974, p 114) مما يظهر على الطفل المصاب بالصرع زيادة فتور العاطفة وانعدام الحس الوجداني مما يجعلهم غير قادرين على إقامة العلاقات مع الآخرين فتجدهم يتفاعلون بشكل قليل وحتى وإن تفاعلوا يكون تفاعلهم سلبي، ضف إلى ذلك عامل الحماية الزائدة من طرف الوالدين يؤثر بشكل سلبي على الثقة بالنفس وقدراته الاجتماعية.

كما تُظهر نتائج الدراسة من خلال شيوع الاضطرابات السلوكية من خلال التعاون والعدائية خصوصاً وهذا راجع إلى العلاقة السلبية بين المحيطين بهم ما يولد لديهم عدم الأمن واستياء وجداني فيلجؤون إلى التعويض عن ذلك بالعدوان لتأكيد الذات مما يؤثر على توافقهم الاجتماعي، حيث يرى س. فرويد أن الإنسان عندما يشعر بتهديد خارجي تنتابه غريزة العدوانية لأي إثارة خارجية بسيطة وقد يعتدي بدون إثارة خارجية حتى يفرغ طاقاته العدوانية ويخفف توتر النفسي ويعود إلى اتزانه الداخلي (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 111) وهذا ما يؤكد أدلر أن العدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص (عبد العزيز إبراهيم سليم، نفس المرجع)

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة سليمان علي أحمد وصفاء ولي الدين (2011) حيث توصلت الدراسة إلى أن التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع يتميز بالانخفاض ولا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التوافق الاجتماعي والمستوى التعليمي لدى مرضى الصرع وكذلك دراسة سترين وآخرون (2005) حيث أن مرضى الصرع يعانون من مستويات عالية من الألم والأرق والتوتر النفسي واليأس ومشاعر الحزن، العصبية وانعدام القيمة الاجتماعية.

أما فيما يخص اضطرابات التفكير جاءت في المرتبة الأخيرة حيث بلغ متوسطها الحسابي بـ (23.12) وانحراف معياري (3.34) والمتمثلة في انتشار التخيلات الغريبة والهذيان والهلاوس وعدم الإدراك السليم للواقع، كل هذا مرتبط بالدرجة الأولى باضطراب البناء الفكري راجع لنظام دفاعي ثانوي ضد غزو قلق الذهان (Misès et Barade) (Graindorge, 2008, p 111) ضف إلى ذلك الانقطاعات المتكررة للوعي المحدثة من طرف تكرار النوبات الصرعية تسبب أحيانا في تحطيم بنية العلاقة بالمواضيع وعدم تمييز بين ما هو ذاتي وما هو واقعي (Graindorge,2008 , p 111).

كل هذا يُعيق ويعقد أكثر الطاقات النمائية مما يسبب أكثر عوائق في نمو التفكير وقدرات الطفل التنظيمية والإدراكي

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى التلاميذ المصابين بالصرع بالمؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لمتغير الجنس وللإجابة عن هذه الفرضية تمّ حساب اختبار "T" لعينتين مستقلتين ، حيث وجد أن قيمة "T" المحسوبة تساوي (2.36) عند مستوى الدلالة 0.01 والجدول رقم (11) يوضح ذلك.

الجدول رقم (11) يبين نتيجة "T" للدرجة الكلية للآليات العقلية مدى ككل من الذكور والإناث.

| فئات المتغير | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | "T" | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|--------------|-------|-----------------|-------------------|------|-------------|---------------|
| ذكور | 23 | 170.20 | 15.81 | 2.36 | 31 | 0.01 |
| إناث | 10 | 163.50 | 20.03 | | | |

من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ أنه توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث من حيث مستوى شيوع الآليات العقلية تعزو لصالح الذكور. ويعزو الطالب الباحث تفسير تلك النتيجة إلى عامل في مجتمعنا هو الخصوصية السوسيو ثقافية لمكانة الذكر في المجتمع الجزائري مقابل الأنثى، نظرا لاحتكاكهم المباشر بالعالم الخارجي أكثر من فئة الإناث، وبالتالي هو معرض أكثر لإحداث نوبات صرعية خارج المنزل مما يحدث ردود فعل غير لائقة من طرف أقرانهم تجاه نوبات الصرع كالسخرية خصوصا مما ينعكس سلبا على الطفل المصاب بالصرع على شكل اضطرابات نفسية مختلفة.

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية للتلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان تعزى لمتغير نوع النوبة الصرعية (نوبة كبرى - نوبة صغرى) وللإجابة عن هذه الفرضية تمّ حساب اختبار "T" لعينتين مستقلتين كما هو موضح في الجدول. الجدول رقم (12) يوضح الفروق في الآليات العقلية تعزى لمتغير نوع الإصابة.

| فئات المتغير | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | "T" | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|--------------|-------|-----------------|-------------------|------|-------------|---------------|
| نوبة كبر | 22 | 169 | 15.67 | 0.23 | 31 | 0.8 |
| نوبة صغرى | 11 | 170.18 | 18.02 | | | |

من خلال الجدول رقم (12) نلاحظ أن قيمة "T" بلغت في مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية (0.23) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 لأن قيمتها المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية وبالتالي لا توجد فروق جوهرية في مدى شيوع الآليات العقلية تعزى إلى نوع النوبة الصرعية (الإصابة) وهذا راجع أساسًا إلى التظاهرات العيادية المحدثة من طرف النوبتين (كلاهما يحدث فقدان الوعي) ومدى تأثيره على البناء الفكري والبنية النرجسية للطفل (D. Anzieu,)

(1985)، ضف إلى ذلك التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للصرع على السيورة النمائية مع العلم أن في معظم الحالات في كل النوبتين يتم تناول نفس العائلة الدوائية (مضادات الصرع).
واتفقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة ميلوتان مينادوفيتش (2011) الذي أكد على عدم وجود فروق في شدة القلق بين الصرع المعمم (نوبة كبرى) والصرع الجزئي الصدغي، كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (هرنز وآخرون، 1999) التي أشارت على مدى تأثير طول فترة المرض وتكرار النوبات مهما كان نوعها والسن على جودة الحياة لمرضى الصرع.

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الآليات العقلية لدى التلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع تعزى السن. وللإجابة عن هذه الفرضية تمت المعالجة الإحصائية . حساب الفروق لثلاث فئات لمتغير واحد وتمّ التوصل إلى النتائج التالية كما هو موضح في الجدول (13)

الجدول رقم (13) يوضح الفروق بين أفراد عينة الدراسة في الآليات العقلية تبعاً لمتغير السن.

| القرار | مستوى الدلالة | قيمة F | درجة الحرية | متوسط المربعات | مجموع المربعات | | |
|---------|---------------|--------|-------------|----------------|----------------|------------------|--------|
| غير دال | 0.93 | 0.065 | 2 | 431.55 | 2589.33 | ما بين المجموعات | العينة |
| | | | 30 | 189.88 | 569.66 | داخل المجموعات | |
| | | | 32 | 292.27 | 3215 | الكلية | |

من خلال الجدول رقم (13) أعلاه وبالنظر إلى القيمة تحليل التباين (F) والتي بلغت في مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية (0.065) وهي غير دالة وبالتالي لا توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة تعزى المتغير السن وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى كون معظم أفراد العينة من كلا الجنسين أعمارهم متقاربة (يقعون في مرحلة الطفولة المتأخرة).

اتفقت نتائج هذه الفرضية مع كل من دراسة بيازي وآخرون (2002). إن اضطراب المزاج لدى المصابين بالصرع سببه الرئيسي هو التغيرات المحدثة في وظائف الدماغ نتيجة تكرار نوبات الصرع وليس السن كما أثارت دراسة (جونسون وآخرون. 2004) أن انخفاض جودة الحياة لدى المصابين بالصرع راجع بالدرجة الأولى إلى تكرار النوبات وشدتها كما أكدت دراسة (تابارولند وهارولد، 2005) على وجود علاقة موجبة بين تكرار النوبات وأعراض الاكتئاب.

5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في لآليات العقلية للتلاميذ المتدربين المصابين بالصرع تعزى لمتغير مدّة الإصابة (أقل من 06 سنوات – أكثر من 06 سنوات). وللإجابة عنها تمّ حساب اختيار "T" لعينتين مستقلتين كما هو موضح في الجدول رقم (14)

الجدول رقم (14) يبين الفروق في الآليات العقلية تعزى لمتغير مدّة الإصابة.

| فئات المتغير | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة "T" | درجة الحرية | مستوى الدلالة | القرار |
|-----------------|-------|-----------------|-------------------|----------|-------------|---------------|--------|
| أقل من 6 سنوات | 14 | 163.14 | 18.86 | 0.62 | 31 | 0.85 | غير |
| أكثر من 6 سنوات | 19 | 166.64 | 16.35 | | | | دال |

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن قيمة "T" بلغت في مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية 0.62 وغير دالة عند المستوى الدلالة 0.05 لأن قيمتها المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية وبالتالي لا توجد فروق جوهرية في مدى شيوع وانتشار الآليات قلية تعزى لمتغير مدّة الإصابة بالصرع وهذا يعني أن مدّة الإصابة بالصرع عند التلاميذ المتدربين المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان غير مؤثر في مدى انتشار الآليات العقلية وهذا راجع أساسًا للمشاعر والإحساسات السيئة جراء مرض الصرع وعدم اتضاح فكرة المرض لديهم حيث يقول في هذا الصدد (D.Auzieu, 1975) قد تُحدث النوبات الصرعية لدى الطفل إحساسات سيئة وسلبية مثل قلق الموت المفاجئ، إحساس بالانشطار إلى قسمين (Catherine Graindorge, p) كما

أن عامل المحيط العائلي يلعب دور سلبي في عم تقبلهم للمرض أو عدم التكيف والتعامل مع النوبات خصوصًا في بداية المرض مما يصعبون المعاش النفسي للطفل المصاب بالصرع ويدخلون في قلق حاد وبالتالي بناء صورة سلبية عن نفسه تتميز غالبًا بالتشوه الجسدي (Auzieu, 1975) واتفقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة (بيازني وآخرون، 2001) على عدم وجود ارتباط دال بين تكرار النوبات وبداية الصرع واستبيان الحالة المزاجية.

6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

توجد علاقة ارتباطية بين الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس والفشل المدرسي، التلاميذ المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان وللإجابة عن هذه الفرضية تمّ حساب معامل ارتباط بيرسون "ر" بين المتغيرين أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية (اضطراب السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، القلق) لدى التلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع ومتغير التحصيل الدراسي العام للموسم (2015-2016) في المؤسسات المدرسية بتلمسان.

الجدول رقم (15) يبين معامل ارتباط بيرسون بين الآليات العقلية حسب مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى أفراد عينة الدراسة ودرجات التحصيل الدراسي.

| التحصيل الدراسي | الأبعاد | معامل ارتباط بيرسون | العدد | مستوى الدلالة | القرار |
|-----------------|--------------------|---------------------|-------|---------------|--------|
| التحصيل الدراسي | اضطراب السلوك | -0.60 | 33 | 0.01 | دال |
| | الاكتئاب | -0.83 | 33 | 0.00 | دال |
| | اضطراب التفكير | -0.85 | 33 | 0.01 | دال |
| | النشاط الزائد | -0.92 | 33 | 0.01 | دال |
| | الانسحاب الانفعالي | -0.89 | 33 | 0.01 | دال |
| | القلق | -0.93 | 33 | 0.01 | دال |
| | الكلي | -0.91 | 33 | 0.01 | دال |

من خلال الجدول رقم (15) بعد حساب معامل ارتباط بيرسون "ر" اتضح أن قيمة "ر" المحسوبة هي (-0.91) عند مستوى الدلالة 0.01 هذا يدل على أن هناك علاقة عكسية قوية وطرديّة ما بين الآليات العقلية والتحصيل الدراسي لدى التلاميذ المتمدربين المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان. أي كلما زادت شدة وحدة الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرب المصاب بالصرع كلما انخفض مستوى التحصيل الدراسي.

هذا يعني أن الآليات العقلية تؤثر بشكل مباشر في تدني مستوى التحصيل الدراسي وبالتالي الفشل المدرسي، حيث تُحدث هذه الآليات العقلية لدى الطفل المصاب بالصرع لا تجانس وظيفي تنعكس على شكل اختلالات في مختلف مجالات النمو (العاطفي، المعرفي، الاجتماعي) (فالون، 195، ص 09).

كما يمكن إسناد هذا الارتباط الطردي إلى الخبرات المؤلمة والسلبية التي يعيشها التلميذ داخل المدرسة خصوصاً وخارجها جراء تكرار النوبات الصرعية مهما كان نوعها حيث يتضح جلياً من خلال النتائج الوصفية الأولية مدى شيوع وانتشار الآليات العقلية، حيث جاءت في المرتبة الأولى والثانية كل من القلق والنشاط الزائد، هاتين الآليتين لهم علاقة وطيدة بالتحصيل الدراسي وأكدته نتائج العلاقة الارتباطية الحالية، القلق (-0.93)، النشاط الزائد (-0.92) فالأطفال المصابين بالصرع تجدهم في معظم الحالات غير قادرين على البقاء في مكان محدد ولا يعطون انتباهها مركزاً نتيجة قصر مدى الانتباه، ضف إلى ذلك انتشار القلق لأنهم يعيشون في جوّ مشحون من التوتر والخوف الغامض من المستقبل المجهول مما يُحدث لديهم اختلالاً في التوازن النفسي والاجتماعي ككل.

في هذا الإطار حسب تجربة الباحث الميدانية أن معظم أهالي ووالدين أفراد العينة، يحاولون إخفاء هذا المرض باعتباره مرض جنوبي مُخيف ومُربع يجلب العار وهناك البعض يحاولون إعطاء تفسيرات خاطئة للطف لكن كل هذه المحاولات تنعكس عليه سلباً محدثة بذلك حالات لا استقرار وديمومة قلق مستمرة.

حيث أكد (كريتسوفر كارول وجوزيف بورتو، 1998) على وجود ارتباط بين سوء التوافق باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

كما أشار (فاستو وآخرون، 2004) أن قصور الوظائف النفسعصبية وعلى رأسها اضطراب الانتباه هو السبب المباشر على تدني مستوى التحصيل الدراسي وبإمكان هذا الأثر التخفيف من حدّته عن طريق مساندة الوسط العائلي، كما أوضحت دراسة (فانسييس وآخرون، 013) على أن الصرع لدى الطفل يؤثر على الكفاءة والأداء المدرسي حتى ولو كان مستقرّاً ومعتدلاً وهذا راجع بالدرجة الأولى حسب دراسة (أم وآخرون، 2016) إلى انخفاض القدرة على التحكم في المجال السلوكي والقدرات الاجتماعية.

- استنتاج عام:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية وتجربة الباحث الميدانية مع الأطفال المتمدربين والمصابين بالصرع نستنتج ما سيلي: التفاعل السلبي مع مرض الصرع من طرف الطفل نفسه والمحيط الخارجي (العائلة والمدرسة) قد يساهم بشكل كبير في ترسيخ بنية نفسمرضية تتمظهر على شكل آليات عقلية المتمثلة في الأبعاد الستة (اضطراب السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، القلق) التي بدورها تعرقل الطاقة النمائية للطفل محدثة بذلك انخفاض في قدراته المعرفية والاجتماعية مؤثرة بذلك على التحصيل الدراسي.

إضافة إلى ذلك، ومن خلال المعطيات التي جمعها ميدانيا من طرف الطالب الباحث تبين أن أغلب المتمدربين المصابين بالصرع الذين يعانون من فشل مدرسي يتموقعون في الطور الأول (المرحلة الابتدائية). ويفسر الباحث ذلك أن من خصائص النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة يتميز بسيرورة اجتماعية للتفكير مقارنة بالمراحل اللاحقة من النمو. ومنه الآليات العقلية تستمد جذورها من الاختلال الذي يمس السيرورة الاجتماعية للتفكير في هذه المرحلة.

يعتبر مرض الصرع من الأمراض العصبية التي تصيب أطفالنا في مرحلة الطفولة باختلاف أطوارها، فالطفل المتمدرس الذي يعاني من مرض الصرع تجده غير قادر على تحقيق تحصيل دراسي جيد نظراً لما يُسببه هذا المرض من عوائق وحواجز تتمثل في تكرار آلي لبعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية فتصبح آليات عقلية استجابة لهذه التأثيرات ليحافظ على اتزانه وتوافقه مع ما تتطلبه سيرورة النمو المعرفي خاصة والاجتماعي عامة.

ومن خلال هذه الدراسة المتواضعة حاول الطالب الباحث إلقاء الضوء على هذه الآليات العقلية لدى الطفل المتمدرس المصاب بالصرع المتمثلة في ستة أبعاد (اضطراب السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، القلق) وعلاقتها بالفشل المدرسي في المؤسسات المدرسية بتلمسان من خلال دراسة ميدانية أجريت على عينة قصدية أخذت من 15 مدرسة ابتدائية بلغت 33 تلميذ خلال الموسومين الدراسي 2015-2017.

بينت نتائج الدراسة أن الآليات العقلية أكثر انتشاراً لدى أفراد عينة الدراسة هي القلق، النشاط الزائد.

أمّا فيما يخص الفروق جاءت النتائج أنه ليس هناك فروق جوهرية في الآليات العقلية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغيرات الدراسة (السن - نوع الإصابة ومدّة الإصابة بالمرض)؟

أما نتيجة العلاقة بين الآليات العقلية والفشل المدرسي فقد أظهرت النتائج على طردية قوية بين المتغيرين.

بينما وجد فرق بين الذكور والاناث من حيث الآليات العقلية.

لكن بالرغم من النتائج التي توصل إليها الطالب الباحث وتحقق جميع الفرضيات إلا أنه لا يمكن تعميمها وتبقى في حدود مجال بحثنا، لأنه لم أتعرض إلى دراسة كل آلية عقلية على حدّة لمعرفة

مدى تأثيرها على الفشل المدرسي كما أن الدراسة الحالية اقتصرت على بعض مدارس وفي منطقة واحدة وهي تلمسان. حيث يبقى هذا المجال مفتوح أمام الباحثين الآخرين القادمين إلى ميدان البحث العلمي لتناول هذه المواضيع وتكون شاملة لكل مدارس تلمسان أو الوطن.

الاقتراحات

تسهم هذه الدراسة في:

- معرفة مدى فعالية العلاج النفسي للاضطرابات النفسية مع المتدربين المصابين بالصرع.
- معرفة مدى تأثير التعليم المكيف للمتدربين المصابين بالصرع في تحسين مستوى التحصيل الدراسي.

في إطار نتائج الدراسة الحالية، يود الباحث أن يضيف في الأخير بعض الاقتراحات في هذا المجال والتي تتمثل فيما يلي:

- المساعدة على الحد من المفاهيم الخاطئة والمواقف السلبية لهذا المرض (الصرع) خصوصًا لدى القائمين على المنظومة التربوية من أجل ضمان نمو سليم لدى هذه الفئة المصابة بالصرع.
- وضع في كل مدرسة أخصائي عيادي بجانب أخصائي في علم النفس المدرسي للعمل معًا على التعرف والكشف عن مختلف المشكلات واضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال المتدربين عامة والمصابين بالصرع خاصة ومن ثمة تحديد طبيعتها والعوامل المسببة لها، وذلك بهدف وضع خطة عمل مشتركة وموحدة من أجل التصدي لها.
- حسن معاملة لطف المتدرب المصاب بالصرع من طرف الوالدين والمعلمين وتوفير لظروف الضرورية اللازمة (المراقبة البئية باستمرار) لتجنبه كل العوامل التي يمكن أن تسبب ارتفاع توتر النوبات الصرعية التي بدورها يمكن أن تسبب له مختلف المشكلات سواء السلوكية أو الوجدانية
- أن يقوم المختصين (عياديين - أطباء مختصين في الطب العقلي وطب الأطفال، أطباء الأعصاب...) بوضع خطط علاجية وتكييفها للحد من انتشار وشيوع الآليات بأبعادها المختلفة لدى التلاميذ المتدربين المصابين بالصرع

- أن يركّز الباحثين التربويين على وضع برامج إرشادية وتدعيمية لتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المتمدربين المصابين بالصرع.
- إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية في مراحل عمرية وتعليمية أخرى كمرحلة التعليم الثانوي (المراهق) والجامعي
- القيام بدراسة مسحية عن واقع الأطفال المتمدربين المصابين بالصرع بالجزائر وجلب اهتمام المسؤولين باتخاذ التدابير اللازمة للتكفل والعناية بهذه الفئة.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

- 1) ابراهيم وجيه محمود (2003). علم النفس التعليمي. شركة الجمهورية الحديثة، الاسكندرية، مصر.
- 2) أحمد السيد أبو الشعيشع (2005). الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية والعصبية. الطبعة الاولى، جامعة بني سويف، مصر.
- 3) أحمد سلامة وآخرون (1973). علم النفس الطفل للطلبة والمعلمين. الطبعة الاولى، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 4) أحمد سليمان علي وصفاء ولي الدين الهادي المهدي (2011). التوافق الاجتماعي لمرضى الصرع ببعض المستشفيات الطب النفسي (ولاية الخرطوم). مجلة الآداب، جامعة افريقيا العالمية، العدد الثاني، السودان.
- 5) أحمد سهير كامل (1999). أساليب تربية الطفل بين النظرية والتطبيق. مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية، مصر.
- 6) أحمد سهير كامل (2003). الصحة النفسية والتوافق. الطبعة الثانية، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية، مصر.
- 7) أحمد سهير كامل، شحاتة سليمان محمد (2001). علم النفس الاجتماعي بين التنظير والتطبيق. مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.
- 8) أحمد عبد الخالق (2001). أصول الصحة النفسية. الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.
- 9) أحمد علي عبد الحميد (2010). التحصيل الدراسي وعلاقته بالقيم الاسلامية والتربوية. الطبعة الاولى، مكتبة حسين العصرية، بيروت، لبنان.

- 10) أحمد محمد الطيب (1999). التقييم والقياس النفسي والتربوي. المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر.
- 11) أحمد مزبود (2009). أثر التعليم التحضيري على التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بوزريعة، الجزائر.
- 12) أحمد يحي خولة (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. الطبعة الاولى، دار الفكر، عمان، الاردن.
- 13) آدم حاتم محمد (2003). الصحة النفسية للطفل من الميلاد حتى 12 سنة. الطبعة الاولى، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، مصر.
- 14) اسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي (2006). التنمية الفكرية والثقافية لذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الثانية، الدار الثقافية للنشر، القاهرة، مصر.
- 15) اسماعيل علي اسماعيل (2011). التوجيه التربوي المعاصر. دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 16) ألفت حقي (2000). الاضطراب النفسي: التشخيص والعلاج والوقاية. الجزء 1، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية، مصر.
- 17) أماني محمد ناصر (2005-2006). التكيف المدرسي المتفوقين والمتأخرين تحصيلاً في مادة اللغة الفرنسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي في هذه المادة. رسالة ماجستير، جامعة دمشق، كلية التربية.
- 18) باظة آمال عبد السميع (1999). الصحة النفسية. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 19) باظة آمال عبد السميع (2001). مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين. مكتبة الانجلومصرية، القاهرة، مصر.

- 20) بن عابد الزراع (2007). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. الطبعة الاولى، دار الفكر، عمان، الاردن.
- 21) جمال الخطيب (2006). مقدمة في الاعاقة الجسمية والصحية. الطبعة الاولى، دار الشروق للنشر و التوزيع عمان، الاردن.
- 22) جمال القاسم وآخرون (2000). الاضطرابات السلوكية. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 23) جمعة السيد يوسف (2006). دراسات في علم النفس الاكلينيكي. دار غريب، القاهرة، مصر.
- 24) حامد زهران عبد السلام (2005). علم النفس النمو الطفولة والمراهقة. الطبعة السادسة، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- 25) دام موجنس (1987): ترجمة عبد الغفور عبد المغيث وبسيوني محمد عبده. الصرع تشخيصه وعلاجه. بدون طبعة، دار المريخ، الرياض، السعودية.
- 26) رجاء محمود أبو علام (2006). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. الطبعة الخامسة، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
- 27) رمضان محمد القذافي (1999). علم النفس النمو الطفولة والمراهقة. المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر.
- 28) روجيه غال، ترجمة حافظ الجمالي (1965). علم النفس الطفولة والمراهقة. دمشق، سوريا.
- 29) الروسان فاروق (1999). أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. الطبعة الاولى دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

- 30) رياض سعد (2005). الشخصية (أنواعها، أمراضها وفن التعامل معها). مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة، مصر.
- 31) زيتوني محمد زهير (2013). نقص الانتباه لدى الطفل المصاب بالصرع. رسالة لنيل شهادة ماجستير، جامعة تلمسان.
- 32) زيتوني محمد زهير (2016). Le dessin libre et l'évaluation des processus de la pensée- étude clinique chez un enfant épileptique- مجلة أنتربولوجيا الأديان. جامعة تلمسان. العدد 17-18. ص ص 68-78.
- 33) زيتوني محمد زهير (2016). Les limites dans l'échange socio-familial et risque de dissociabilité chez l'enfant épileptique. مجلة جيل للعلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 20. ص ص 129-131.
- 34) سامي عريفج (1999). مناهج البحث العلمي وأساليبه. الطبعة الثانية، دار مجدلاوي للنشر، عمان، الاردن.
- 35) سامي محمد ملحم (2001). سيكولوجية التعلم والتعليم (الأسس النظرية والتطبيقية). دار المسيرة للنشر، عمان، الاردن.
- 36) سامي محمد ملحم (2002). القياس والتقويم في التربية وعلم النفس. الطبعة الاولى، دار المسيرة للنشر، عمان، الاردن.
- 37) السرطاوي زيدان وسي سالم كمال (1987). المعاقون أكاديميا وسلوكيا خصائصهم وأساليب تربيتهم. دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 38) سعد زيان (2007). مدخل إلى علم النفس النمو. دون طبعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية بن عكنون، الجزائر.

- 39) سعد عبد الرحمن (1983). القياس النفسي. الطبعة الاولى، مكتب الفلاح، الكويت.
- 40) سعيد سبعون، حفصة جرادي (2012). الدليل المنهجي في اعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع. دار القصة للنشر، الجزائر.
- 41) سوسن شاکر مجيد (2008). مشكلات الاطفال النفسية. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 42) شارلز شيفر. هوارد ميليمان (2008)، ترجمة: نزيه حمدي وآخرون. مشكلات الاطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. دار الفكر للنشر، عمان، الاردن.
- 43) صالح عبد الكريم (2011). فن تربية الابناء. الراية للنشر والتوزيع، الجيزة، مصر.
- 44) صالح محمد علي أبو جادو (2007). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية. الطبعة السادسة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الاردن.
- 45) صلاح الدين محمود علام (1997). دليل المعلم في تقويم الطلبة في الدراسات الاجتماعية. الطبعة الاولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 46) الطاهر سعد الله (1986). علاقة التفكير الابتكاري بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ الطور الثالث من التعليم الاساسي. أطروحة نيل الدكتوراه، الجزائر
- 47) عبد الرحمن العيسوي (2000). التربية النفسية للطفل والمراهق. الطبعة الاولى، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
- 48) عبد الرحمن الوافي (2006). مدخل إلى علم النفس. دار الهومة للنشر، الجزائر.
- 49) عبد الرحمن سليمان الطبري (1997). القياس النفسي والتربوي، نظريته، أسسه، تطبيقاته. مكتب الرشد مركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي.
- 50) عبد الرحمن سيد سليمان (1999). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.

- 51) عبد العزيز ابراهيم سليم (2011). المشكلات النفسية والسلوكية لدى الاطفال. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 52) عبد العزيز موسي ثابت (1998). الطب النفسي للأطفال والمراهقين. الطبعة الاولى، مكتبة اليازجي، غزة، فلسطين.
- 53) عبد المجيد نشواتي (1996). علم النفس التربوي. الطبعة الثالثة، دار الفرقان، عمان، الاردن.
- 54) عبد الوارث عبده الازحي (2001). تطوير نموذج معياري لتقويم كفاءة نظام الاختبارات العامة. المؤتمر العربي الاول للامتحانات والتقويم التربوي: رؤية مستقبلية، المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي، القاهرة، مصر.
- 55) العزة سعيد حسيني (2000). الاعاقة البصرية. الطبعة الاولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 56) عصام جوع (2007). صعوبات التعلم. دار اليازوردي للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 57) عصام حمدي الصفدي (2007). الاعاقة الحركية والشلل الدماغي. دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 58) عطاء الله فؤاد الخالدي (2009). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 59) علاء الدين كفاي (1989). تقدير الذات وعلاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد التاسع، العدد (35)، جامعة الكويت.
- 60) علي مهدي كاظم (2000). القياس في التقويم والتعلم والتعليم. الطبعة الاولى، دار الكندي للنشر والتوزيع، الاردن.

- 61 عماد عبد الرحيم الزغول (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال. كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الكرك، الاردن.
- 62 عمار بوحوش (2007). **مناهج البحث العلمي**. الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 63 فادية محمد صالح (2001). **التوافق الانفعالي والاجتماعي ومستوى القلق لدى الطلاب ذوي السلوك المشكل**. جامعة الخرطوم، السودان.
- 64 فاروق الروسان (2001). **سيكولوجية الاطفال غير العاديين**، مقدمة في التربية الخاصة. الطبعة الخامسة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 65 فايز محمد علي الحاج (1980). **بحوث في علم النفس العام**. الطبعة الثالثة، المكتب الاسلامي، بيروت، لبنان.
- 66 فتحي عبد الرحيم (1982). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وإستراتيجيات التربية الخاصة**. الطبعة الثانية، مكتب الفلاح، الكويت.
- 67 فرج عبد القادر طه وآخرون (د.س). **معجم علم النفس والتحليل النفسي**. دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 68 فؤاد أبو حطب، أمال صادق (1983). **علم النفس التربوي**. مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة، مصر.
- 69 فؤاد البهي السيد (1979). **علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري**. دار الفكر العربي، مصر.
- 70 فيصل محمد خير الزراد (1984). **علاج الامراض النفسية والاضطرابات السلوكية**. دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

- 71) قاسم أنسي (1994). مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للاطفال المحرومين من الوالدين-دراسة مقارنة. رسالة دكتوراه، كلية الاداب، جامعة عين الشمس، القاهرة، مصر.
- 72) قطامي يوسف، وعدس عبد الرحمن (2002). علم النفس العام. دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الاردن.
- 73) كاظم كريم رضا (1982). علاقة قدرات التفكير الابتكاري بالتحصيل الدراسي. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة بغداد، العراق.
- 74) كامل مصطفى محمد (1995). تأثير التفاعل بين أسلوب التعلم والتفكير وحالة القلق على التحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة العلوم التربوية والدراسات الاسلامية، المجلد7، جامعة الملك سعود.
- 75) كاملة الفرج شعبان، عبد الجبار (1999). الصحة النفسية للطفل. الطبعة الاولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 76) كمال علي (1983). النفس إنفعالاتها وأمراضها وعلاجها. دار واسط للنشر، بغداد، العراق.
- 77) كمال يوسف بلان (2011). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الاطفال المقيمين في دور الايتام. مجلة جامعة دمشق، المجلد27، العدد الاول+الثاني.
- 78) لطفي عبد العزيز الشربيني (2000). مرض الصرع (الاسباب، المشكلات، العلاج). دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- 79) لويس معلوف (1988). المنجد في اللغة والكلام. المادة : فشل، الطبعة الثلاثون، دار المشرق، بيروت، لبنان.
- 80) ماثيو والكر (2010): ترجمة هنادي مزبودي. داء الصرع. مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- 81) مجلة اثروبولوجية الاديان، جامعة تلمسان، العدد 17 و18.
- 82) مجلة جيل للعلوم الانسانية والاجتماعية، لبنان، العدد 20.
- 83) مجمع اللغة العربية (1984). معجم علم النفس والتربية. ج1، الهيئة العامة للشؤون المطابع الأميرية، مصر.
- 84) محمد الراجحي (2010-2011). المعاملة الوالدية والفشل المدرسي وعلاقة كل واحد منهما بالسلوك العدواني لدى تلاميذ المستويين الخامس والسادس من التعليم الابتدائي. رسالة ماجستير، المركز الاستشاري البريطاني.
- 85) محمد السيد عبد الرحمن (1998). دراسات في الصحة النفسية. الجزء الاول، دار قباء للنشر، القاهرة، مصر.
- 86) محمد النوي، محمد علي (2005). اختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الاطفال (في مجال الاعاقة السمعية والعادية). الطبعة الاولى، كلية التربية جامعة الازهر، القاهرة، مصر.
- 87) محمد بن حمودة (2008). الادارة المدرسية في مواجهة مشكلات تربوية. دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر.
- 88) محمد جاسم محمد (2004). مشكلات الصحة النفسية. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
- 89) محمد جواد الخطيب (2004). التوجيه والارشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. الطبعة الثالثة، مكتبة الآفاق، غزة، فلسطين.
- 90) محمد حسن (1981). الأسرة ومشكلاتها. دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

- 91) محمد حسن العمارة (2002). المشكلات السلوكية الصفية التعليمية الاكاديمية مظاهرها،أسبابها،علاجها. الطبعة الاولى، دار المسيرة للنشر، عمان، الاردن.
- 92) محمد خير الزراد فيصل (2000). الامراض النفسية الجسمية، أمراض العصر. الطبعة الاولى، دار النفائس، بيروت، لبنان.
- 93) محمد زينود (2006). حقول علم النفس الفيزيولوجي (أعلامه، أبحاثه). مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة، مصر.
- 94) محمد عادل عبدالله (2004). الأطفال الموهوبون ذوي الاعاقات. الطبعة الاولى، دار الرشد، القاهرة، مصر.
- 95) محمد عبد الرحمن الشقيرات (2008). مقدمة في علم النفس العصبي.
- 96) محمد مصطفى زيدان (1972). بحوث سيكولوجية. دار النهضة العربية، مصر.
- 97) محمد منير مرسي (1999). الادارة المدرسية الحديثة. عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- 98) محمود عبد القادر فزازة (1996). مهنتي كمعلم. الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- 99) مدحت عبد الحميد عبد الطيف (1980). الصحة النفسية والتوافق الدراسي. دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 100) مصطفى عبد المعطي (2003). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. الطبعة الاولى، دار القاهرة، مصر.
- 101) مصطفى نوري القمش (2006). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الاردن.
- 102) مليكة لويس كامل (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الطبعة الثانية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، مصر.

- 103) مود فيكي (2004). الضغط العصبي والاكتئاب عند الاطفال والمراهقين. الطبعة الاولى، قسم الترجمة، دار الفاروق للنشر، القاهرة، مصر.
- 104) موسي رشاد علي (2000). الصحة النفسية. دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
- 105) موفق هاشم صفر الجبلي (2000). الاضطرابات النفسية عند الاطفال والمراهقين أسبابها، أعراضها، الوقاية منها، معالجتها. الطبعة الثانية، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.
- 106) نبيل عبد الفتاح حافظ (2000). صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. الطبعة الاولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- 107) نبيل عبد الهادي (1990). القياس والتقويم التربوي واستخدامه في المجال الدراسي. الطبعة الاولى، دار وائل، عمان، الاردن.
- 108) نسيمه داوود (1999). علاقة الكفاءة الاجتماعية والسلوك الاجتماعي المدرسي بأساليب التنشئة الوالدية والتحصيل الدراسي. مجلة دراسة العلوم التربوية، مج 26، العدد 1.
- 109) نعيم الرفاعي (1972). الصحة النفسية وسيكولوجية التكيف، الطبعة الرابعة، مطبعة محمد هاشم، دمشق، سوريا.
- 110) نعيم عطية (1982). ذكاء الاطفال من خلال الرسم. دار الطليعة، لبنان.
- 111) هاني سلامة وآخرون (2004). خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم. الطبعة الاولى، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 112) وزارة التربية الوطنية (2001). الكتاب السنوي. المركز الوطني للوثائق التربوية، الجزائر.
- 113) وزارة التربية والتعليم الابتدائي والثانوي (1973). دروس في التربية وعلم النفس. مديرية التربية والتكوين، الجزائر.
- 114) ولكر سيدني، ترجمة: علي شعيب وسيد فرحات (2003). النشاط الحركي الزائد لدى الاطفال، الاسباب والعلاج (دراسات حالة). الطبعة الاولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.

قائمة المصادر والمراجع

- 115) يوسف جمعة (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 116) يوسف حديد (2010). مشكلة الرسوب المدرسي، اتجاهات ورؤى، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، العدد 10، جامعة غرداية، ص 169-197.
- 117) يونس إنتصار (2000). السلوك الانساني. المكتبة الجامعية، الاسكندرية، مصر.

- 118) A.Piazzini ; MP.Cameveni ;G.Maziori ;R.Canger.2001. **The perception of memory in patients with epilepsy.** doi 10;1046/j.1468-1331.00287, Xvian.
- 119) Franciss emson Dakma;Topina Mudyohoto.2013.**International journal of academic research in progressive education and development.**Vol02. N01- issn,2226-6348.
- 120) Grabouska- Grzyb A, Drzejezak J, Nagariska E, Fiszer U (2006). **Risk factors for depression in patients with epilepsy.** Epilepsy behavior 8(2): 411-417.
- 121) Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, HermanBP. (2004). **The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features of health-related quality of life in epilepsy.** Epilepsia 45(5). 544-550.
- 122) K.Van Ryckevossel. (2006). **Cognitive problems related to epilepsy syndromes; especially malignant epilepsies.** British epilepsy association.Published by elsevier.Ltd.Seizure(2006)15:227-234.
- 123) Mary Lou Smith ;Irene,M.Elliot ;Lucyma Lach. (2002). **Cognitive skills in children with intractable epilepsy: comparison of chirurgical and nonchirurgical condidates.** Epilepsia 43 (6): 631-637. Blackwell publishing.

- 124) Milutin Nenadovic; Miroshava Jasovic gasic; Sceten Vicentic; Nenad Nenadovic; Perisa Simonovic.(2011). **Anxiety in epileptic patient**. Psychiatria Danubina; vol 23.N 03; pp 264– 269.
- 125) Raissa Gomes, Fonseca Mouna ;Amenda Almeida Batista;Gabriela Mendes cobe ; Cam Omilalina Ferreira ; Patricia Danielle falcao Melo ;Eulalia Maria Chaves Maia.(2014). **Prevalence of intrinsic and extrinsic factors of the learning process in children with epilepsy**. Mouna. RAF;Batista AA CEFAC; 16(2): 472–477.Mai a EUC. Brazil.
- 126) Sang- Ahm lee; eun-Juchoi; Soonlak Kuon; Soy eom. The **Korean qol in epilepsy study group**.(15May, 2016). **Self concept and gender effect in Korean adolescents with epilepsy**. Epilepsy behavior ; Elsevier Masson. 61; 102– 106.
- 127) Strine kobau, Thurman, Price and Balluz (2005). **Prevalence affective–epilepsy and health–related quality of life**. Epilepsia 48(10): 4–13.
- 128) Thapar A, Roland M, Harold G (2005). **Do depression symptoms predict seizure frequency– or vice versa**. Epilepsy behavior , 59(5): 269–274.

- 129) Anna.P (1970). **Les écoliers inadaptés**. PUF, troisième édition, Paris.
- 130) Bastin G. et Rosen A (1990). **L'école malade de l'échec**. Edition universitaire, Bruxelles
- 131) Bazil Bernstein (1975). **Langage et classes sociales : codes sociolinguistique et contrôle social**. Edition de minuit, Paris.
- 132) Beaussard.J, M.Beaussard. (2009). **Soigner les épileptiques**. Elsevier Masson.
- 133) Boltanski Thomazi (1980). **Echec scolaire, aspects médicaux et sociaux**. Don éditeurs, Paris.
- 134) Bouvard.C (1974). **L'épileptique et les autres**. Simep édition, paris.
- 135) Catherine Graindorge (2005). **Comprendre l'enfant malade**. Dunod, Paris.
- 136) Christian Doronesme (2001). **Pratique neurologique**. Limoges, l'unay, Paris.
- 137) Didier Anzieu (1975). **Le groupe et l'inconscient**. Première édition, Dunod, Paris.
- 138) Henriette Bloch (1999). **Grand dictionnaire de la psychologie**. Larousse, Cannada, première édition.
- 139) Isabelle Jambaqué (2008). **Epilepsies de l'enfant, troubles du développement cognitif et socio-émotionnel**. solal.

- 140) Laplanch et Pontalis (2000). **Le vocabulaire de la psychanalyse**. Presse universitaire de paris.
- 141) Lautry.J (1980). **Classe social, milieu familial, intelligence**. PUF, Paris.
- 142) Phillippe Champy (1998). **Dictionnaire encyclopedique de l'éducation et de la formation**. Deuxième édition, Nathan paris.
- 143) Pissaro, P (1980). **Difficultés intellectuelles et echec scolaire**. E.S.A.M.S, Doin, Paris.
- 144) Robert Lafont (1963). **Vocabulaire de psychologie**. Première édition, PUF, Paris.
- 145) Routhier, Marie, Eve (2004). **Flexibilité cognitive et ajustement social chez les enfants atteint de D.M.C**. Thèse de doctorat, faculté des sciences sociales, Université Laval, Quebec.
- 146) Touzeau Tina (2011). Evolution de la place de l'automatisme mental dans la nosographie psychiatrique, edition Bibtex, paris
- 147) Wallon. H (1925). **L'enfant turbulent**. PUF ,Paris.
- 148) Wechsler. D (1996). **La mesure de l'intelligence**. PUF , Paris

المواقع الالكترونية:

- 149) -Subject Bage// www.your.net/neurologie
- 150) -www.inre-dz.org/document/article.
- 151) -www.golfKids.com
- 152) -www.Gulfkids.com

الملحق رقم (01)

مقياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية للأطفال ذوي للاحتياجات الخاصة و العاديين

إعداد: امال عبد السميع مليحي أبابضة: رئيس قسم الصحة النفسية بتربية كفر الشيخ الطبعة الأولى 2001
مكتبة النجلو المصرية. القاهرة

الاسم:

المرحلة التعليمية:.....

الجنس:

المدرسة:.....

تاريخ الميلاد:.....

التشخيص:.....

تاريخ تطبيق المقياس:

نوع الإعاقة:.....

عزيزي الأب و الأم أو المشرف أو المدرس,فيما يلي مجموعة من الخصائص تخير أقربها وصفا للطفل أو الطفلة ,و ذلك بالاستعانة بالتدرج التالي حسب درجة وجود الخاصية أو الصفة لدى الطفل أو الطفلة ,واختيار (أ) أو (ب) أو (ج) من كل بند من البنود التالية:

| | | | | | | |
|-----------|--------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------------|---------|
| 06 | 05 | 04 | 03 | 02 | 01 | صفر(0) |
| بدرجة جدا | بدرجة مرتفعة | أعلى من المتوسط | بدرجة بسيطة | بدرجة بسيطة | بدرجة بسيطة جدا | لا توجد |

1-عدم التعاون:

أ-سلي و غير متعاون.....()

ب- مقاوم للتفاعل.....()

ج-صعب التعامل.....()

2- العدائية:

أ-غاضب.....()

ب- لديه استياء وجدائي..... ()

ج- كثير الاهانات و الاتهامات للآخرين..... ()

3- المخادعة و التلاعب:

أ- كاذب ()

ب- مخادع ()

ج- مستغل للآخرين..... ()

4- مكتئب المزاج:

أ- حزين ()

ب- يبكي دائما ()

ج- سلوكه اكتئابي..... ()

5- الشعور بالنقص:

أ- نقص الشعور بالثقة ()

ب- التقليل من قيمة الذات ()

ج- الشعور بانخفاض الكفاءة الشخصية..... ()

6- الانتحار:

أ- أفكار خاصة بالانتحار..... ()

ب- التهديدات بالانتحار ()

ج- محاولات الانتحار..... ()

7- التخيلات الغريبة:

- أ-متكررة ()
- ب-شاذة وغير ومتوقعة ()
- ج-التخيلات الذاتية..... ()

8-الهذات (الضلالات):

- أ-أفكار خاصة بمشاعر العظمة ()
- ب- أفكار خاصة بالاضطهاد..... ()
- ج- أفكار خاصة بالظلم..... ()

9-الهلاوس:

- أ-هلاوس سمعية ()
- ب-هلاوس مرئية أو شمعية ()
- ج-إدراك هلاوس أخرى..... ()

10-النشاط الزائد(فرط النشاط) :

- أ-الاستهلاكية الزائد لنشاط الحركة ()
- ب- التغيرات المستمرة في الجلسة أو الوقفة ()
- ج-الانفعال ()

11-اللهو أو السرحان:

- أ-ضعف التركيز ()

ب-قصر فترة الانتباه..... ()

ج-التفاعل مع المثير الثانوي..... ()

12-الانسحاب الانفعالي:

أ-العلاقة غير التلقائية مع الآخرين..... ()

ب-نقص التفاعل..... ()

ج- انخفاض النشاط..... ()

13-التبلد الوجداني(انعدام الحس الوجداني)

أ-ضعف في التعبير الوجداني..... ()

ب-مرتبك,انفعاليا..... ()

ج-مشئت الوجدان..... ()

14-التوتر:

أ-عصبي..... ()

ب-غير مستقر متعلم..... ()

ج-حركاته عصبية بالأيدي و الرجل..... ()

15- القلق :

أ-قلق الانفعال..... ()

ب-الانشغال بالصراعات المثيرة للقلق..... ()

ج-الخوف أو المخاوف..... ()

16- صعوبات النوم :

- أ- عدم القدرة على الدخول في النوم ()
- ب- الاستيقاظ المتقطع..... ()
- ج- النوم لفترات قصيرة..... ()

17- اختلال التوجه :

- أ- تشوش معرفته بالأشخاص ()
- ب- تشوش معرفته بالأماكن ()
- ج- تشوش معرفته بالأشياء..... ()

18- الأنماط الحركية الثابتة:

- أ- إيقاعية ومنتظمة ()
- ب- متكررة ()
- ج- أسلوب الوقفة أو الجلسة أو الحركات..... ()

*العبارات من 19 إلى 21 خاصة بالعاديين و ذوي الإعاقة البصرية فقط

19- انحراف الكلام :

- أ- مستوى النمو اللغوي منخفض ()
- ب- المستوى اللفظي أقل من مستوى النمو العادي..... ()
- ج- أخطاء في النطق..... ()

20- اضطراب الكلام و الصوت :

أ-صوت مرتفع ()

ب-كلامه زائد ()

ج-الكلام مضغوط و غير مميز..... ()

21-الإقلال من التحدث و الكلام :

أ-يصدر أقل ما يمكن من الألفاظ ()

ب-لديه كف الاستجابة اللفظية و يلجأ بالإشارة ()

ج-صوته منخفض..... ()

*العبارات 22 إلى 24 خاصة بذوي الإعاقات السمعية فقط

22-اضطراب أسلوب التواصل :

أ-يميل للعنف و العدوان ()

ب-يلجأ للتعامل بالأيدي و الدفع ()

ج-يرتبك في استخدامه للإيحاءات و الإشارات..... ()

23-انخفاض مستوى التواصل :

أ-إدراكه للإشارات ضعيف ()

ب-لا يتواصل مع مدرسيه و زملائه ()

ج-انخفاض مهارات التواصل الاجتماعية..... ()

24-انخفاض المشاركة من الآخرين :

أ-لديه كف للتعامل مع الآخرين ()

ب-لديه أخطاء في أداء الإشارات ()

ج-لا يشارك في الأعمال الجماعية..... ()

مفتاح التصحيح:

تتراوح الدرجة على كل بند من البنود ما بين (0-6) درجات كما هو موضح على ورقة الأسئلة (كراسة الإجابة), يتم اختيار (أ) أو (ب) أو (ج) من الاختيارات الثلاث الموجودة مع كل بند من البنود , و يتم جمع الدرجات على البنود كلها (21 بندا) مع ملاحظة أن هناك بنود خاصة بكل إعاقاة و فيما يلي توضيح الأبعاد السبعة و أرقام بنودها :

البعد 01: الاضطرابات السلوكية(01-03)

البعد 02: الاكتئاب الأساسي(04-06)

البعد 03: اضطراب التفكير(07-09)

البعد 04: النشاط الزائد(10-11)

البعد 05: الانسحاب الانفعالي(12-14)

البعد 06: القلق(15-18)

البعد 07: بالنسبة للصم اضطراب التواصل (19-21) و يصبح اضطراب الكلام للعاديين و المكفوفين(22-

24)

الملحق رقم (2)

مقياس الاضطرابات السلوكية و الوجدانية للأطفال المعدل من إعداد:

كمال يوسف بلان و ايمان عزّ (2011). وحدة العلوم النفسية، دمشق، سوريا.

الاسم: المرحلة التعليمية:.....
 الجنس: المدرسة:.....
 تاريخ الميلاد:..... الفصل الدراسي:.....
 تاريخ تطبيق المقياس::

عزيزي الأب و الأم أو المشرف أو المدرس، فيما يلي مجموعة من الخصائص والبالغة عباراتها 54 عبارة موزعة على 18 بنداً حيث كل ثلاث عبارات تعبر عن سمة معينة وتقيس هذه العبارات مجموعة من السلوكيات والسمات المميزة لدى الاطفال. ضع الدرجة المناسبة لكل عبارة من العبارات الثلاث (أ)، (ب)، (ج) من كل بند، و ذلك بالاستعانة بالتدرج التالي حسب درجة وجود الخاصية أو الصفة لدى الطفل أو الطفلة:

| | | | | | | |
|-----------|--------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|---------|
| 06 | 05 | 04 | 03 | 02 | 01 | صفر(0) |
| بدرجة جدا | بدرجة مرتفعة | أعلى من المتوسط | بدرجة بسيطة | بدرجة بسيطة | بدرجة بسيطة جدا | لا توجد |

1-عدم التعاون:

- أ-سليبي و غير متعاون..... ()
 ب- مقاوم للتفاعل..... ()
 ج-صعب التعامل..... ()

2- العدائية:

- أ-غاضب..... ()

ب- لديه استياء وجدائي..... ()

ج- كثير الاهانات و الاتهامات للآخرين..... ()

3- المخادعة و التلاعب:

أ- كاذب ()

ب- مخادع ()

ج- مستغل للآخرين..... ()

4- مكتئب المزاج:

أ- حزين ()

ب- يبكي دائما ()

ج- سلوكه اكتئابي..... ()

5- الشعور بالنقص:

أ- نقص الشعور بالثقة ()

ب- التقليل من قيمة الذات ()

ج- الشعور بانخفاض الكفاءة الشخصية..... ()

6- الانتحار:

أ- أفكار خاصة بالانتحار..... ()

ب- التهديدات بالانتحار ()

ج- محاولات الانتحار..... ()

7- التخيلات الغريبة:

- أ-متكررة ()
- ب-شاذة وغير متوقعة ()
- ج-التخيلات الذاتية..... ()

8-الهذيانات (الضلالات):

- أ-أفكار خاصة بمشاعر العظمة ()
- ب- أفكار خاصة بالاضطهاد..... ()
- ج- أفكار خاصة بالظلم..... ()

9-الهلاوس:

- أ-هلاوس سمعية ()
- ب-هلاوس مرئية أو شمعية ()
- ج-إدراك هلاوس أخرى..... ()

10-النشاط الزائد(فرط النشاط) :

- أ-الاستهلاك الزائد لنشاط الحركة ()
- ب- التغيرات المستمرة في الجلسة أو الوقفة ()
- ج-الانفعال ()

11-اضطراب الانتباه:

- أ-ضعف التركيز ()

ب-قصر فترة الانتباه..... ()

ج-التفاعل مع المثير الثانوي..... ()

12-الانسحاب الانفعالي:

أ-العلاقة غير التلقائية مع الآخرين..... ()

ب-نقص التفاعل..... ()

ج- انخفاض النشاط..... ()

13-التبلد الوجداني(انعدام الحس الوجداني)

أ-ضعف في التعبير الوجداني..... ()

ب-مرتبك,انفعاليا..... ()

ج-مشئت الوجدان..... ()

14-التوتر:

أ-عصبي..... ()

ب-غير مستقر متعلم..... ()

ج-حركاته عصبية بالأيدي و الرجل..... ()

15- القلق :

أ-قلق الانفعال..... ()

ب-الانشغال بالصراعات المثيرة للقلق..... ()

ج-الخوف أو المخاوف..... ()

16- صعوبات النوم :

- أ- عدم القدرة على الدخول في النوم ()
- ب- الاستيقاظ المتقطع..... ()
- ج- النوم لفترات قصيرة..... ()

17- اختلال التوجه :

- أ- تشوش معرفته بالأشخاص ()
- ب- تشوش معرفته بالأماكن ()
- ج- تشوش معرفته بالأشياء..... ()

18- الأنماط الحركية الثابتة:

- أ- إيقاعية ومنتظمة ()
- ب- متكررة ()
- ج- أسلوب للوقوف أو الجلسة أو الحركات..... ()

مفتاح التصحيح:

تتراوح الدرجة على كل بند من البنود ما بين (0-18) درجات كما هو موضح على ورقة الأسئلة(كراسة الإجابة), يتم وضع الدرجة المناسبة على كل عبارة من العبارات الثلاث، (أ)، (ب) ، (ج) من الاختيارات الثلاث الموجودة مع كل بند من البنود ,و يتم جمع الدرجات على البنود كلها (18 بندا) مع ملاحظة أن هناك بنود خاصة بكل إضطراب و فيما يلي توضيح الأبعاد الستة و أرقام بنودها :

البعد 01: الاضطرابات السلوكية(01-03)

البعد 02: الاكتئاب الأساسي(04-06)

البعء 03 :اضطراب التفكير (07-09)

البعء 04 :النشاط الزائد (10-11)

البعء 05 :الانسحاب الانفعالي (12-14)

البعء 06 :القلق (15-18)

الملاحق

الملحق رقم (03): الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

1- الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

Statistiques pour échantillons appariés

| | Moyenne | N | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|---------|---------|---|------------|----------------------------|
| Paire 1 | min | 5 | 5,320 | 2,379 |
| | max | 5 | 3,271 | 1,463 |

Test échantillons appariés

| | Différences appariées | | | | t | ddl | Sig. (bilatérale) | |
|-------------------|-----------------------|------------|----------------------------|---|---------|---------|-------------------|------------|
| | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | | | | |
| | | | | Inférieure | | | | Supérieure |
| Paire 1 min - max | -45,800 | 2,168 | ,970 | -48,492 | -43,108 | -47,239 | 4 | ,000 |

-2 الثبات:

أ. كلونديباخ بين الأبعاد:

Corrélations

| | | trcomp | depre | trponse | hyperact | emotion | angoisse | somme |
|----------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Tau-B de Kendall | Coefficient de corrélation | 1,000 | ,420 [*] | ,390 [*] | ,355 [*] | ,471 ^{**} | ,307 | ,385 [*] |
| | trcomp Sig. (bilatérale) | . | ,013 | ,017 | ,031 | ,004 | ,061 | ,016 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | Coefficient de corrélation | ,420 [*] | 1,000 | ,702 ^{**} | ,707 ^{**} | ,752 ^{**} | ,603 ^{**} | ,709 ^{**} |
| | depre Sig. (bilatérale) | ,013 | . | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | Coefficient de corrélation | ,390 [*] | ,702 ^{**} | 1,000 | ,738 ^{**} | ,710 ^{**} | ,705 ^{**} | ,782 ^{**} |
| | trponse Sig. (bilatérale) | ,017 | ,000 | . | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | Coefficient de corrélation | ,355 [*] | ,707 ^{**} | ,738 ^{**} | 1,000 | ,762 ^{**} | ,836 ^{**} | ,937 ^{**} |
| | hyperact Sig. (bilatérale) | ,031 | ,000 | ,000 | . | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | Coefficient de corrélation | ,471 ^{**} | ,752 ^{**} | ,710 ^{**} | ,762 ^{**} | 1,000 | ,696 ^{**} | ,821 ^{**} |
| | emotion Sig. (bilatérale) | ,004 | ,000 | ,000 | ,000 | . | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | Coefficient de corrélation | ,307 | ,603 ^{**} | ,705 ^{**} | ,836 ^{**} | ,696 ^{**} | 1,000 | ,815 ^{**} |
| | angoisse Sig. (bilatérale) | ,061 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | . | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| somme Coefficient de corrélation | ,385 [*] | ,709 ^{**} | ,782 ^{**} | ,937 ^{**} | ,821 ^{**} | ,815 ^{**} | 1,000 | |

الملاحق

| | | | | | | | | |
|--|-------------------|------|------|------|------|------|------|----|
| | Sig. (bilatérale) | ,016 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | . |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ب. الاتساق الداخلي (بيرسون):

Corrélations

| | | trcomp | depre | trponse | hyperact | emotion | angoisse | somme |
|----------|------------------------|--------|--------|---------|----------|---------|----------|--------|
| trcomp | Corrélation de Pearson | 1 | ,671** | ,648** | ,661** | ,726** | ,652** | ,786** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,001 | ,001 | ,001 | ,000 | ,001 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| depre | Corrélation de Pearson | ,671** | 1 | ,881** | ,825** | ,876** | ,766** | ,864** |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| trponse | Corrélation de Pearson | ,648** | ,881** | 1 | ,874** | ,903** | ,849** | ,912** |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| hyperact | Corrélation de Pearson | ,661** | ,825** | ,874** | 1 | ,919** | ,955** | ,963** |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| emotion | Corrélation de Pearson | ,726** | ,876** | ,903** | ,919** | 1 | ,882** | ,965** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| angoisse | Corrélation de Pearson | ,652** | ,766** | ,849** | ,955** | ,882** | 1 | ,949** |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |

الملاحق

| | | | | | | | | |
|-------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |
| | Corrélation de Pearson | ,786** | ,864** | ,912** | ,963** | ,965** | ,949** | 1 |
| somme | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ج. ألف كرونباخ:

Statistiques de fiabilité

| | |
|-------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
| ,922 | 18 |

د. التجزئة النصفية:

Corrélations

| | imper | per |
|-------------------------|--------|--------|
| Corrélation de Pearson | 1 | ,861** |
| imper Sig. (bilatérale) | | ,000 |
| N | 22 | 22 |
| Corrélation de Pearson | ,861** | 1 |
| per Sig. (bilatérale) | ,000 | |
| N | 22 | 22 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الملحق رقم (04) :
اختبار رسم الرجل

الإسم / تاريخ الميلاد /
الصف / تاريخ الإختبار /

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 46 | 41 | 36 | 31 | 26 | 21 | 16 | 11 | 6 | 1 |
| 47 | 42 | 37 | 32 | 27 | 22 | 17 | 12 | 7 | 2 |
| 48 | 43 | 38 | 33 | 28 | 23 | 18 | 13 | 8 | 3 |
| 49 | 44 | 39 | 34 | 29 | 24 | 19 | 14 | 9 | 4 |
| 50 | 45 | 40 | 35 | 30 | 25 | 20 | 15 | 10 | 5 |

مجموع الدرجات الخام = درجة

العمر العقلي = شهر سنه

العمر الزمني = شهر سنه

نسبه الذكاء = $100 \times$ درجة

معايير تصحيح رسم الرجل

1. الرأس
2. الساقين
3. الذراعين
4. وجود الجزع
5. طول الجزع اطول من العرض
6. الكتفين
7. الذراعين والساقين متصلين بالجزع
8. فى مكانهما الصحيح
9. الرقبه
10. الرقبه متصله بالرأس
11. العينان
12. الانف
13. الفم
14. الانف والفم من بعدين والشفتان ظاهرتان
15. وجود تجاويف الانف
16. الشعر موجود
17. الشعر بالتفاصيل موجود على أكثر من جانب من جوانب الرأس بطريقه منظمه
18. الملابس
19. قطعتان من الملابس غير شفافه
20. عدم شفافية الملابس وجود اكمام او بنطلون
21. اربع قطع من الملابس
22. ملابس كامله بدون تناقض
23. الاصابع
24. عدد الاصابع
25. الاصابع من بعدين وطولهما أكبر من عرضها

26. صحه رسم الابهام
27. راحه اليد
28. مفاصل الساقين _ الركبه او الفخذ او كلاهما
29. تناسب الرأس
30. تناسب الذراعين
31. تناسب الساقين
32. تناسب القدمين
33. الذراعين والساقين من بعدين
34. الكعب
35. الخطوط واضحه وقويه
36. الخطوط متصله اتصالا صحيحا
37. الراس بدون انتظام غير مقصود
38. الحذع بدون انتظام غير مقصود
39. الذراعين والساقين بدون انتظام غير مقصود
40. تقاطع الوجه متناسقه ومن بعدين والجانبان متشابهان
41. الاذن
42. تفاصيل الاذن وفي مكانها الصحيح
43. تفاصيل العين والحاجب والرموش
44. انسان العين
45. شكل العين ونسبتها وتناسقها
46. فى البروفيل العين تنظر الى الامام
47. الذقن والجبهه
48. تفاصيل الذقن والجبهه - الذقن بارزه
49. بروفيل بخطأ واحد
50. بروفيل بدون أخطاء

التعليمات :

- تعطى درجه واحده عن خط يضعه المفحوص طبقا للتفاصيل السابق ذكرها .
- تجمع الدرجات وتحول الى العمر العقلي المقابل لها طبقا للجدول الموضح .
- اذا زاد العمر الزمني للمفحوص عن 13 عاما يعتبر اقصى عمر زمني لاستخراج معامل الذكاء هو

13 عاما (156 شهرا) .

الجدول

| العمر العقلي المقابل | | الدرجة | العمر العقلي المقابل | | الدرجة |
|----------------------|-----|--------|----------------------|-----|--------|
| سنه | شهر | | سنه | شهر | |
| 9 | 6 | 26 | 3 | 3 | 1 |
| 9 | 9 | 27 | 3 | 6 | 2 |
| 10 | - | 28 | 3 | 9 | 3 |
| 10 | 3 | 29 | 4 | - | 4 |
| 10 | 6 | 30 | 4 | 3 | 5 |
| 10 | 9 | 31 | 4 | 6 | 6 |
| 11 | - | 32 | 4 | 9 | 7 |
| 11 | 3 | 33 | 5 | - | 8 |
| 11 | 6 | 34 | 5 | 3 | 9 |
| 11 | 9 | 35 | 5 | 6 | 10 |
| 12 | - | 36 | 5 | 9 | 11 |
| 12 | 3 | 37 | 6 | - | 12 |
| 12 | 6 | 38 | 6 | 3 | 13 |
| 12 | 9 | 39 | 6 | 6 | 14 |
| 13 | - | 40 | 6 | 9 | 15 |
| 13 | - | 41 | 7 | - | 16 |
| 13 | - | 42 | 7 | 3 | 17 |
| 13 | - | 43 | 7 | 6 | 18 |

| | | | | | |
|----|---|----|---|---|----|
| 13 | - | 44 | 7 | 9 | 19 |
| 13 | - | 45 | 8 | - | 20 |
| 13 | - | 46 | 8 | 3 | 21 |
| 13 | - | 47 | 8 | 6 | 22 |
| 13 | - | 48 | 8 | 9 | 23 |
| 13 | - | 49 | 9 | - | 24 |
| 13 | - | 50 | 9 | 3 | 25 |

العمر العقلي

$$\text{معامل الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{100} \times 100$$

العمر الزمني

على حدود الضعف العقلي 80 - 70

أقل من المتوسط 90 - 80

متوسط 110 - 90

فوق المتوسط 120 - 110

ذكي جدا 140 - 120

عبقري 140 فيما فوق

| | | |
|----------|-------|-------------|
| mild | بسيط | 70 - 55 |
| moderate | معتدل | 54 - 40 |
| sever | شديد | 39 - 26 |
| profound | تام | 24 فيما اقل |

-معامل ثبات اختبار رسم الرجل بطريقة اعادة التطبيق:

| | | Q1 | Q12 |
|-----|------------------------|--------|--------|
| Q1 | Corrélation de Pearson | 1 | ,972** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 |
| | N | 15 | 15 |
| Q12 | Corrélation de Pearson | ,972** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | |
| | N | 15 | 15 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

–معامل الذكاء لأفراد العينة الدراسة حسب اختبار رسم الرجل لجودنوف:

| ن | العمر العقلي بالشهور | العمر الزمني بالشهور | معامل الذكاء |
|----|-------------------------|-------------------------|--------------|
| 1 | 108 | 112 | 96 |
| 2 | 109 | 114 | 95 |
| 3 | 92 | 90 | 102 |
| 4 | 97 | 115 | 84 |
| 5 | 97 | 92 | 107 |
| 6 | 122 | 140 | 87 |
| 7 | 131 | 134 | 97 |
| 8 | 127 | 136 | 93 |
| 9 | 104 | 92 | 113 |
| 10 | 122 | 136 | 89 |
| 11 | 129 | 138 | 93 |
| 12 | 133 | 140 | 95 |
| 13 | 131 | 141 | 92 |
| 14 | 99 | 93 | 106 |
| 15 | 127 | 135 | 94 |
| 16 | 118 | 137 | 86 |
| 17 | 127 | 136 | 93 |
| 18 | 122 | 139 | 87 |
| 19 | 128 | 138 | 92 |
| 20 | 122 | 138 | 88 |
| 21 | 125 | 137 | 91 |

| | | | |
|-----|-----|-----|----|
| 100 | 113 | 113 | 22 |
| 93 | 116 | 109 | 23 |
| 89 | 135 | 121 | 24 |
| 85 | 114 | 98 | 25 |
| 90 | 113 | 102 | 26 |
| 89 | 117 | 105 | 27 |
| 87 | 136 | 119 | 28 |
| 89 | 137 | 122 | 29 |
| 88 | 139 | 123 | 30 |
| 93 | 116 | 109 | 31 |
| 88 | 116 | 103 | 32 |
| 91 | 118 | 108 | 33 |

الملحق رقم (05):

الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة الأساسية

Statistiques descriptives

| | N | Minimum | Maximum | Moyenne | Ecart type |
|---------------------|----|---------|---------|---------|------------|
| troublecomportment | 33 | 20 | 30 | 25,27 | 3,224 |
| Depression | 33 | 23 | 34 | 27,52 | 2,852 |
| Trponcée | 33 | 15 | 28 | 23,12 | 3,343 |
| Hyperactive | 33 | 26 | 37 | 31,18 | 3,225 |
| Emotion | 33 | 17 | 30 | 24,27 | 3,329 |
| Anxiété | 33 | 27 | 42 | 33,52 | 4,258 |
| N valide (listwise) | 33 | | | | |

الملحق رقم (06): الفروق لمتغيرات الدراسة (الجنس، نوع النوبة، مدة الإصابة، السن)

1- الفرق حسب الجنس:

الدرجات الخام للعينة:

اناث : 10

| مجموع | القلق | الانسحاب الانفعالي | النشاط الزائد | اضطرابات التفكير | الاكتئاب | الاضطرابات السلوكية | الأبعاد |
|-------|-------|-----------------------|------------------|---------------------|----------|------------------------|---------|
| 145 | 29 | 22 | 31 | 26 | 24 | 23 | 1 |
| 189 | 38 | 30 | 36 | 28 | 34 | 23 | 2 |
| 176 | 36 | 26 | 34 | 24 | 29 | 27 | 3 |
| 176 | 34 | 25 | 33 | 25 | 30 | 29 | 4 |
| 154 | 29 | 26 | 28 | 23 | 27 | 21 | 5 |
| 143 | 28 | 22 | 28 | 20 | 24 | 21 | 6 |
| 190 | 42 | 29 | 37 | 27 | 30 | 25 | 7 |
| 176 | 36 | 26 | 32 | 26 | 28 | 30 | 8 |
| 150 | 29 | 21 | 29 | 22 | 26 | 23 | 9 |
| 136 | 30 | 17 | 28 | 15 | 24 | 22 | 10 |

ذكور: 23 -

| مجموع | القلق | الانسحاب الانفعالي | النشاط الزائد | اضطرابات التفكير | الاكتئاب | الاضطرابات السلوكية | الأبعاد |
|-------|-------|-----------------------|------------------|---------------------|----------|------------------------|---------|
| 141 | 28 | 21 | 26 | 20 | 24 | 22 | 1 |
| 151 | 30 | 22 | 28 | 22 | 26 | 23 | 2 |
| 177 | 34 | 27 | 33 | 24 | 30 | 29 | 3 |
| 173 | 34 | 26 | 30 | 25 | 30 | 28 | 4 |
| 179 | 36 | 28 | 33 | 24 | 29 | 29 | 5 |
| 181 | 37 | 28 | 34 | 28 | 30 | 24 | 6 |
| 177 | 35 | 26 | 32 | 26 | 28 | 30 | 7 |
| 153 | 31 | 23 | 29 | 22 | 27 | 21 | 8 |
| 186 | 37 | 28 | 35 | 27 | 31 | 28 | 9 |
| 184 | 39 | 26 | 34 | 27 | 30 | 28 | 10 |
| 175 | 36 | 25 | 32 | 21 | 24 | 27 | 11 |
| 152 | 30 | 22 | 29 | 22 | 26 | 23 | 12 |

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 185 | 39 | 27 | 36 | 25 | 30 | 28 | 13 |
| 180 | 40 | 25 | 34 | 26 | 28 | 27 | 14 |
| 147 | 30 | 21 | 28 | 20 | 26 | 22 | 15 |
| 175 | 36 | 26 | 31 | 23 | 30 | 29 | 16 |
| 178 | 37 | 27 | 34 | 24 | 29 | 27 | 17 |
| 140 | 27 | 20 | 26 | 19 | 24 | 24 | 18 |
| 136 | 28 | 18 | 26 | 18 | 24 | 22 | 19 |
| 145 | 30 | 22 | 30 | 20 | 23 | 20 | 20 |
| 175 | 35 | 25 | 33 | 22 | 30 | 30 | 21 |
| 181 | 38 | 26 | 34 | 26 | 30 | 27 | 22 |
| 133 | 28 | 18 | 26 | 16 | 23 | 22 | 23 |

Corrélations pour échantillons appariés

| | N | Corrélation | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Paire 1 somfimi & sommas | 10 | -,267 | ,456 |
| Paire 2 troublecompfimi & troublecompermas | 10 | -,101 | ,781 |
| Paire 3 dipressionfimi & dipressionmas | 10 | -,168 | ,643 |
| Paire 4 troublpenséfimi & troublpensémas | 10 | -,665 | ,036 |
| Paire 5 hyperfimi & hypermas | 10 | -,456 | ,185 |
| Paire 6 emotiofimi & emotiomas | 10 | -,240 | ,503 |
| Paire 7 anxietéfimi & anxietémas | 10 | -,307 | ,388 |

Test échantillons appariés

| | | Différences appariées | | | | t | ddl | Sig. (bilatérale) | |
|---------|---------------------------------------|-----------------------|------------|----------------------------|---|--------|--------|-------------------|------------|
| | | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | | | | |
| | | | | | Inférieure | | | | Supérieure |
| Paire 1 | somfimi - sommas | -6,700 | 28,651 | 9,060 | -27,196 | 13,796 | -,739 | 9 | ,478 |
| Paire 2 | troublecompfimi - troublecompermas | -1,800 | 4,872 | 1,541 | -5,285 | 1,685 | -1,168 | 9 | ,273 |
| Paire 3 | dipressionfimi - dipressionmas | -,900 | 4,254 | 1,345 | -3,943 | 2,143 | -,669 | 9 | ,520 |
| Paire 4 | troublpenséfimi - troublpensémas | -,900 | 5,915 | 1,871 | -5,131 | 3,331 | -,481 | 9 | ,642 |
| Paire 5 | hyperfimi - hypermas | ,200 | 5,432 | 1,718 | -3,686 | 4,086 | ,116 | 9 | ,910 |
| Paire 6 | emotiofimi - emotiomas | -1,100 | 5,195 | 1,643 | -4,816 | 2,616 | -,670 | 9 | ,520 |
| Paire 7 | anxiétéfimi - anxietémas | -1,000 | 6,733 | 2,129 | -5,817 | 3,817 | -,470 | 9 | ,650 |

2- الفرق بين النوبة الكبيرة والصغيرة:

نوبة الكبرى: 22 تكرار

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | مجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|-------|
| 1 | 23 | 26 | 22 | 28 | 22 | 30 | 151 |
| 2 | 23 | 24 | 26 | 31 | 22 | 29 | 145 |
| 3 | 29 | 30 | 24 | 33 | 27 | 34 | 177 |
| 4 | 28 | 30 | 25 | 30 | 26 | 34 | 173 |
| 5 | 23 | 34 | 28 | 36 | 30 | 38 | 189 |
| 6 | 24 | 30 | 28 | 34 | 28 | 37 | 181 |
| 7 | 30 | 28 | 26 | 32 | 26 | 35 | 177 |
| 8 | 21 | 27 | 22 | 29 | 23 | 31 | 153 |
| 9 | 28 | 31 | 27 | 35 | 28 | 37 | 186 |
| 10 | 27 | 24 | 21 | 32 | 25 | 36 | 175 |
| 11 | 23 | 26 | 22 | 29 | 22 | 30 | 152 |
| 12 | 29 | 30 | 25 | 33 | 25 | 34 | 176 |
| 13 | 28 | 30 | 25 | 36 | 27 | 39 | 185 |
| 14 | 22 | 26 | 20 | 28 | 21 | 30 | 147 |
| 15 | 21 | 24 | 20 | 28 | 22 | 28 | 143 |
| 16 | 27 | 29 | 24 | 34 | 27 | 37 | 178 |
| 17 | 24 | 24 | 19 | 26 | 20 | 27 | 140 |
| 18 | 22 | 24 | 18 | 26 | 18 | 28 | 136 |
| 19 | 20 | 23 | 20 | 30 | 22 | 30 | 145 |
| 20 | 23 | 26 | 22 | 29 | 21 | 29 | 150 |
| 21 | 30 | 30 | 22 | 33 | 25 | 35 | 175 |
| 22 | 22 | 23 | 16 | 26 | 18 | 28 | 133 |

النوبة الصغرى: 11 تكرار

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | مجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|-------|
| 1 | 22 | 24 | 20 | 26 | 21 | 28 | 141 |
| 2 | 29 | 29 | 24 | 33 | 28 | 36 | 179 |
| 3 | 27 | 29 | 24 | 34 | 26 | 36 | 176 |

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 154 | 29 | 26 | 28 | 23 | 27 | 21 | 4 |
| 180 | 40 | 25 | 34 | 26 | 28 | 27 | 5 |
| 190 | 42 | 29 | 37 | 27 | 30 | 25 | 6 |
| 176 | 36 | 26 | 32 | 26 | 28 | 30 | 7 |
| 181 | 38 | 26 | 34 | 26 | 30 | 27 | 8 |
| 184 | 39 | 26 | 34 | 27 | 30 | 28 | 9 |
| 175 | 36 | 26 | 31 | 23 | 30 | 29 | 10 |
| 136 | 30 | 17 | 28 | 15 | 24 | 22 | 11 |

Statistiques pour échantillons appariés

| | | Moyenne | N | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|---------|----------|---------|----|------------|----------------------------|
| Paire 1 | somgrand | 169,00 | 11 | 15,678 | 4,727 |
| | sompetit | 170,18 | 11 | 18,021 | 5,434 |

الملاحق

Test échantillons appariés

| | Différences appariées | | | | | t | ddl | Sig. (bilatérale) |
|-----------------------------|-----------------------|------------|----------------------------|---|------------|-------|-----|-------------------|
| | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | | | | |
| | | | | Inférieure | Supérieure | | | |
| Paire 1 somgrand - sompetit | -1,182 | 16,762 | 5,054 | -12,443 | 10,079 | -,234 | 10 | ,820 |

3- الفرق بين النوبة الكبرى والصغرى من حيث الأبعاد:

Test échantillons appariés

| | Différences appariées | | | | | t | ddl | Sig. (bilatérale) |
|---|-----------------------|------------|----------------------------|---|------------|--------|-----|-------------------|
| | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | | | | |
| | | | | Inférieure | Supérieure | | | |
| Paire 1 troblcompgrand - troublecomp petit | -,727 | 3,771 | 1,137 | -3,260 | 1,806 | -,640 | 10 | ,537 |
| Paire 2 dipresgrand - diprespetit | ,091 | 3,534 | 1,066 | -2,283 | 2,465 | ,085 | 10 | ,934 |
| Paire 3 troublpensgrand - troublpenspetit | ,909 | 2,773 | ,836 | -,954 | 2,772 | 1,087 | 10 | ,302 |
| Paire 4 hypergrand - hyperpetit | -,182 | 2,316 | ,698 | -1,738 | 1,374 | -,260 | 10 | ,800 |
| Paire 5 emotiogrand - emotiopetit | ,273 | 3,197 | ,964 | -1,875 | 2,420 | ,283 | 10 | ,783 |
| Paire 6 anxietégrand - anxietépetit | -1,727 | 3,636 | 1,096 | -4,170 | ,715 | -1,576 | 10 | ,146 |

4- الفرق بين مدة الإصابة:

أكثر من ستة سنوات: 19 تكرار

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | مجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|-------|
| 1 | 29 | 30 | 25 | 33 | 25 | 34 | 176 |
| 2 | 30 | 28 | 26 | 32 | 26 | 35 | 177 |
| 3 | 23 | 26 | 22 | 28 | 22 | 30 | 151 |
| 4 | 23 | 24 | 26 | 31 | 22 | 29 | 145 |
| 5 | 29 | 29 | 24 | 33 | 28 | 36 | 179 |
| 6 | 23 | 34 | 28 | 36 | 30 | 38 | 189 |
| 7 | 27 | 29 | 24 | 34 | 26 | 36 | 176 |
| 8 | 21 | 27 | 22 | 29 | 23 | 31 | 153 |
| 9 | 23 | 26 | 22 | 29 | 22 | 30 | 152 |
| 10 | 29 | 30 | 23 | 31 | 26 | 36 | 175 |
| 11 | 25 | 30 | 27 | 37 | 29 | 42 | 190 |
| 12 | 20 | 23 | 20 | 30 | 22 | 30 | 145 |
| 13 | 30 | 30 | 22 | 33 | 25 | 35 | 175 |
| 14 | 23 | 26 | 22 | 29 | 21 | 29 | 150 |
| 15 | 28 | 30 | 27 | 34 | 26 | 39 | 184 |
| 16 | 28 | 30 | 25 | 36 | 27 | 39 | 185 |
| 17 | 22 | 24 | 15 | 28 | 17 | 30 | 136 |
| 18 | 27 | 30 | 26 | 34 | 26 | 38 | 181 |
| 19 | 22 | 24 | 18 | 26 | 18 | 28 | 136 |

أقل من ستة سنوات: 14 تكرار

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | مجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|-------|
| 1 | 22 | 24 | 20 | 26 | 21 | 28 | 141 |
| 2 | 29 | 30 | 24 | 33 | 27 | 34 | 177 |
| 3 | 28 | 30 | 25 | 30 | 26 | 34 | 173 |
| 4 | 24 | 30 | 28 | 34 | 28 | 37 | 181 |
| 5 | 28 | 31 | 27 | 35 | 28 | 37 | 186 |
| 6 | 27 | 24 | 21 | 32 | 25 | 36 | 175 |

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 154 | 29 | 26 | 28 | 23 | 27 | 21 | 7 |
| 180 | 40 | 25 | 34 | 26 | 28 | 27 | 8 |
| 147 | 30 | 21 | 28 | 20 | 26 | 22 | 9 |
| 143 | 28 | 22 | 28 | 20 | 24 | 21 | 10 |
| 178 | 37 | 27 | 34 | 24 | 29 | 27 | 11 |
| 140 | 27 | 20 | 26 | 19 | 24 | 24 | 12 |
| 176 | 36 | 26 | 32 | 26 | 28 | 30 | 13 |
| 133 | 28 | 18 | 26 | 16 | 23 | 22 | 14 |

Statistiques pour échantillons appariés

| | | Moyenne | N | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|---------|---------|---------|----|------------|----------------------------|
| Paire 1 | period1 | 166,64 | 14 | 16,359 | 4,372 |
| | period2 | 163,14 | 14 | 18,863 | 5,041 |

Test échantillons appariés

| | Différences appariées | | | | | t | ddl | Sig. (bilatérale) |
|---------------------------|-----------------------|------------|-------------------------|--|------------|------|-----|-------------------|
| | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | | | | |
| | | | | Inférieure | Supérieure | | | |
| Paire 1 period1 - period2 | 3,500 | 21,121 | 5,645 | -8,695 | 15,695 | ,620 | 13 | ,546 |

5-الفرق في المدة حسب الأبعاد:

Test échantillons appariés

| | Différences appariées | | | | | t | ddl | Sig. (bilatérale) |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|--|------------|-------|-----|-------------------|
| | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | | | | |
| | | | | Inférieure | Supérieure | | | |
| Paire 1 somperiod1 - somperiod2 | 3,500 | 21,121 | 5,645 | -8,695 | 15,695 | ,620 | 13 | ,546 |
| Paire 2 troublcomperiod1 - troublecomperiod2 | ,214 | 4,388 | 1,173 | -2,320 | 2,748 | ,183 | 13 | ,858 |
| Paire 3 depresperiod1 - depresperiod2 | 1,000 | 4,279 | 1,144 | -1,470 | 3,470 | ,874 | 13 | ,398 |
| Paire 4 troublpensperiod1 - troublpensperiod2 | 1,000 | 3,700 | ,989 | -1,136 | 3,136 | 1,011 | 13 | ,330 |
| Paire 5 hyperperiod1 - hyperperiod2 | 1,357 | 3,543 | ,947 | -,689 | 3,403 | 1,433 | 13 | ,175 |
| Paire 6 emotioperiod1 - emotioperiod2 | ,500 | 3,156 | ,844 | -1,322 | 2,322 | ,593 | 13 | ,564 |
| Paire 7 anxiétperiod1 - anxiétperiod2 | ,714 | 5,150 | 1,377 | -2,260 | 3,688 | ,519 | 13 | ,613 |

6- الفرق حسب سن الإصابة:

7-8 سنوات: 04 تكرارات

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | المجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|---------|
| 1 | 28 | 30 | 25 | 30 | 26 | 34 | 173 |
| 2 | 27 | 29 | 24 | 34 | 26 | 36 | 176 |
| 3 | 23 | 26 | 22 | 29 | 22 | 30 | 152 |
| 4 | 20 | 23 | 20 | 30 | 22 | 30 | 145 |

9-10 سنوات: 11 تكرار

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | مجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|-------|
| 1 | 22 | 24 | 20 | 26 | 21 | 28 | 141 |
| 2 | 29 | 30 | 24 | 33 | 27 | 34 | 177 |
| 3 | 29 | 29 | 24 | 33 | 28 | 36 | 179 |
| 4 | 21 | 27 | 22 | 29 | 23 | 31 | 153 |
| 5 | 28 | 31 | 27 | 35 | 28 | 37 | 186 |
| 6 | 28 | 30 | 25 | 36 | 27 | 39 | 185 |
| 7 | 27 | 29 | 24 | 34 | 27 | 37 | 178 |
| 8 | 25 | 30 | 27 | 37 | 29 | 42 | 190 |
| 9 | 30 | 30 | 22 | 33 | 25 | 35 | 175 |
| 10 | 27 | 28 | 26 | 34 | 25 | 40 | 180 |
| 11 | 22 | 23 | 16 | 26 | 18 | 28 | 133 |

11-12 سنوات: 18 تكرار

| الأبعاد | الاضطرابات السلوكية | الاكتئاب | اضطرابات التفكير | النشاط الزائد | الانسحاب الانفعالي | القلق | مجموع |
|---------|---------------------|----------|------------------|---------------|--------------------|-------|-------|
| 1 | 23 | 26 | 22 | 28 | 22 | 30 | 151 |
| 2 | 23 | 24 | 26 | 31 | 22 | 29 | 145 |
| 3 | 23 | 34 | 28 | 36 | 30 | 38 | 189 |
| 4 | 24 | 30 | 28 | 34 | 28 | 37 | 181 |
| 5 | 30 | 28 | 26 | 32 | 26 | 35 | 177 |
| 6 | 28 | 30 | 27 | 34 | 26 | 39 | 184 |
| 7 | 27 | 24 | 21 | 32 | 25 | 36 | 175 |
| 8 | 29 | 30 | 25 | 33 | 25 | 34 | 176 |
| 9 | 21 | 27 | 23 | 28 | 26 | 29 | 154 |
| 10 | 22 | 26 | 20 | 28 | 21 | 30 | 147 |

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 175 | 36 | 26 | 31 | 23 | 30 | 29 | 11 |
| 143 | 28 | 22 | 28 | 20 | 24 | 21 | 12 |
| 140 | 27 | 20 | 26 | 19 | 24 | 24 | 13 |
| 136 | 28 | 18 | 26 | 18 | 24 | 22 | 14 |
| 176 | 36 | 26 | 32 | 26 | 28 | 30 | 15 |
| 150 | 29 | 21 | 29 | 22 | 26 | 23 | 16 |
| 181 | 38 | 26 | 34 | 26 | 30 | 27 | 17 |
| 136 | 30 | 17 | 28 | 15 | 24 | 22 | 18 |

- دراسة الفرق حسب السن

ANOVA

| | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | F | Sig. |
|---------------------|------------------|-----|--------------------|------|------|
| Entre les personnes | 569,667 | 3 | 189,889 | | |
| Entre éléments | 56,000 | 2 | 28,000 | ,065 | ,938 |
| Intra-population | 2589,333 | 6 | 431,556 | | |
| Résidu | 2645,333 | 8 | 330,667 | | |
| Total | 3215,000 | 11 | 292,273 | | |

Moyenne générale = 163,50

الملحق رقم (07): دراسة العلاقة بين المتغيرات البحث

الارتباط بين المقياس والتحصيل الدراسي: -1

Corrélations

| | note | somme |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Corrélation de Pearson | 1 | -,917** |
| Sig. (bilatérale) | | ,000 |
| N | 33 | 33 |
| note | | |
| Biais | 0 | -,003 |
| Erreur standard | 0 | ,023 |
| Intervalle de confiance à 95% | Inférieur Supérieur | 1 -,962 1 -,876 |
| Corrélation de Pearson | -,917** | 1 |
| Sig. (bilatérale) | ,000 | |
| N | 33 | 33 |
| somme | | |
| Biais | -,003 | 0 |
| Erreur standard | ,023 | 0 |
| Intervalle de confiance à 95% | Inférieur Supérieur | -,962 1 -,876 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

b. Sauf avis contraire, les résultats du bootstrap sont basés sur 1000 bootstrap samples

2-العلاقة بين التحصيل وأبعاد المقياس:

Corrélations

| | | troublcomportemental | dipression | troublponsé | hyperactive | emotion | anxiété | note |
|----------------------|-------------------------------|----------------------|------------|-------------|-------------|---------|---------|---------|
| troublcomportemental | Corrélation de Pearson | 1 | ,630** | ,539** | ,623** | ,607** | ,682** | -,603** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | 0 | ,004 | -,001 | ,001 | ,002 | ,001 | ,000 |
| | Erreur standard | 0 | ,080 | ,048 | ,025 | ,037 | ,011 | ,028 |
| | Bootstrap ^c | | | | | | | |
| | Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | 1 | ,494 | ,445 | ,577 | ,544 | ,661 |
| | Supérieur | 1 | ,787 | ,635 | ,669 | ,674 | ,702 | -,557 |
| dipression | Corrélation de Pearson | ,630** | 1 | ,793** | ,808** | ,864** | ,793** | -,832** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | ,004 | 0 | ,001 | ,003 | ,001 | ,004 | -,001 |
| | Erreur standard | ,080 | 0 | ,050 | ,033 | ,024 | ,034 | ,034 |
| | Bootstrap ^c | | | | | | | |
| | Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | ,494 | 1 | ,707 | ,754 | ,819 | ,740 |
| | Supérieur | ,787 | 1 | ,876 | ,876 | ,910 | ,857 | -,771 |
| troublponsé | Corrélation de Pearson | ,539** | ,793** | 1 | ,818** | ,873** | ,757** | -,851** |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | -,001 | ,001 | 0 | ,001 | ,001 | ,001 | -,001 |
| | Erreur standard | ,048 | ,050 | 0 | ,017 | ,027 | ,043 | ,040 |
| | Bootstrap ^c | | | | | | | |
| | Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | ,445 | ,707 | 1 | ,785 | ,827 | ,680 |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | Supérieur | ,635 | ,876 | 1 | ,852 | ,919 | ,835 | -,779 |
| | Corrélation de Pearson | | ,623** | ,808** | ,818** | 1 | ,866** | ,933** | -,928** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| hyperactive | N | | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | | ,001 | ,003 | ,001 | 0 | ,001 | ,000 | -,001 |
| | Erreur standard | | ,025 | ,033 | ,017 | 0 | ,008 | ,013 | ,011 |
| | Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | ,577 | ,754 | ,785 | 1 | ,851 | ,907 | -,950 |
| | | Supérieur | ,669 | ,876 | ,852 | 1 | ,882 | ,955 | -,908 |
| | Corrélation de Pearson | | ,607** | ,864** | ,873** | ,866** | 1 | ,832** | -,899** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| emotion | N | | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | | ,002 | ,001 | ,001 | ,001 | 0 | ,001 | ,000 |
| | Erreur standard | | ,037 | ,024 | ,027 | ,008 | 0 | ,008 | ,005 |
| | Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | ,544 | ,819 | ,827 | ,851 | 1 | ,818 | -,910 |
| | | Supérieur | ,674 | ,910 | ,919 | ,882 | 1 | ,849 | -,890 |
| | Corrélation de Pearson | | ,682** | ,793** | ,757** | ,933** | ,832** | 1 | -,938** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| anxiété | N | | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | | ,001 | ,004 | ,001 | ,000 | ,001 | 0 | -,001 |
| | Erreur standard | | ,011 | ,034 | ,043 | ,013 | ,008 | 0 | ,006 |
| | Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | ,661 | ,740 | ,680 | ,907 | ,818 | 1 | -,950 |
| | | Supérieur | ,702 | ,857 | ,835 | ,955 | ,849 | 1 | -,927 |
| | Corrélation de Pearson | | -,603** | -,832** | -,851** | -,928** | -,899** | -,938** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| note | N | | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| | Biais | | ,000 | -,001 | -,001 | -,001 | ,000 | -,001 | 0 |

الملاحق

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| Erreur standard | | ,028 | ,034 | ,040 | ,011 | ,005 | ,006 | 0 |
| Intervalle de confiance à 95% | Inférieur | -,650 | -,896 | -,925 | -,950 | -,910 | -,950 | 1 |
| | Supérieur | -,557 | -,771 | -,779 | -,908 | -,890 | -,927 | 1 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

c. Sauf avis contraire, les résultats du bootstrap sont basés sur 1000 stratified bootstrap samples

الملحق رقم (08): معدلات التلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع

| ن | س | ص | س | ص | صXس |
|----|------|-----|-------|---|--------|
| 1 | 4.76 | 141 | 22.65 | | 671.16 |
| 2 | 4.53 | 151 | 20.52 | | 684.03 |
| 3 | 4.68 | 155 | 21.90 | | 725.4 |
| 4 | 4.31 | 177 | 18.57 | | 762.87 |
| 5 | 4.33 | 173 | 18.74 | | 749.09 |
| 6 | 4.21 | 179 | 17.72 | | 753.59 |
| 7 | 3.79 | 189 | 14.36 | | 716.31 |
| 8 | 4.01 | 181 | 16.08 | | 725.81 |
| 9 | 4.12 | 177 | 16.97 | | 729.24 |
| 10 | 4.23 | 176 | 17.89 | | 744.48 |
| 11 | 4.65 | 153 | 21.62 | | 711.45 |
| 12 | 3.86 | 186 | 14.89 | | 717.96 |
| 13 | 3.92 | 184 | 15.36 | | 721.28 |
| 14 | 4.18 | 165 | 17.47 | | 689.7 |
| 15 | 4.57 | 152 | 20.88 | | 694.64 |
| 16 | 4.31 | 176 | 18.57 | | 758.56 |
| 17 | 4.44 | 154 | 19.71 | | 683.76 |
| 18 | 3.88 | 185 | 15.05 | | 717.8 |
| 19 | 3.94 | 180 | 15.52 | | 709.2 |
| 20 | 4.67 | 147 | 21.80 | | 686.49 |
| 21 | 4.33 | 175 | 18.74 | | 757.75 |

الملاحق

| | | | | | |
|--------|--|-------|-----|------|----|
| 669.24 | | 21.90 | 143 | 4.68 | 22 |
| 744.04 | | 17.47 | 178 | 4.18 | 23 |
| 720.1 | | 14.36 | 190 | 3.79 | 24 |
| 670.6 | | 22.94 | 140 | 4.79 | 25 |
| 659.6 | | 23.52 | 136 | 4.85 | 26 |
| 768.96 | | 18.66 | 178 | 4.32 | 27 |
| 677.15 | | 21.80 | 145 | 4.67 | 28 |
| 678 | | 20.43 | 150 | 4.52 | 29 |
| 764.75 | | 19.09 | 175 | 4.37 | 30 |
| 743.91 | | 16.89 | 181 | 4.11 | 31 |
| 649.04 | | 23.81 | 133 | 4.88 | 32 |
| 655.52 | | 23.23 | 136 | 4.82 | 33 |

ملخص:

يعتبر الصرع من الاضطرابات العصبية المزمنة والتي قد تمس الطفل في مختلف الأعمار، وبدورها يمكن أن تؤثر على سيرورة النمو الطبيعي خصوصا في مرحلة التمدرس، هذا التأثير يتمظهر على شكل آليات عقلية متمثلة في اضطرابات سلوكية ووجدانية. إن البحث الحالي يسعى من هذا المنظور للكشف عن العلاقة بين الآليات العقلية والفشل المدرسي لدى عينة من التلاميذ المتمدرسين المصابين بالصرع في المؤسسات المدرسية بتلمسان، كما هدفت إلى معرفة طبيعة الفروق لدى أفراد عينة الدراسة حسب عدة متغيرات: الجنس، السن، نوع النوبة الصرعية ومدة الإصابة.

الكلمات المفتاحية: الصرع- الفشل المدرسي- الآليات العقلية- الطفل المتمدرس- الاضطرابات السلوكية والوجدانية

Résumé :

L'épilepsie est l'une des maladies neurologiques, les plus fréquentes de l'enfant susceptible de retentir dans le développement surtout a la période de solarisation, qui s'associe a une surreprésentation des mécanismes mentaux caractérisés généralement par des troubles du comportement et émotionnels.

Le but de cette étude a été de déterminer la relation entre les mécanismes mentaux et l'échec scolaire chez des élèves épileptiques scolarisées dans la wilaya de Tlemcen.

Mots clés : Epilepsie- échec scolaire- mécanismes mentaux- l'enfant scolarisé- troubles du comportement et émotionnel.

Abstract :

Epilepsy is one of the most frequent neurological diseases of children likely in development especially during the period of schooling, wich may be associated with an overrepresentation of mental mechanisms generally characterized by behavioral and emotional disorders. The aim of the study is to determine the relationship between mental mechanisms and school failure in school age children in the department of Tlemcen.

Keywords: epilepsy- school failure- mental mechanisms- the child in school- behavioral and emotional disorders.