

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية و الأورطفونيا



عنوان المذكرة

قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقته بالاحترق النفسى عند المختصين والمربين
- دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية جيجل -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية
تخصص : علم النفس التربوي

إشراف الأستاذة:

د/ بكيري نجيبة

إعداد الطالبان:

❖ غادة بوعزيزي

❖ نادية بوجميلة

أعضاء لجنة المناقشة

الدكتور..... حديد يوسف..... رئيسا

الدكتورة..... بكيري نجيبة..... مشرفا ومقرا

الدكتور..... صيفور سليم..... عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2019/2018

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية و الأورطفونيا



عنوان المذكرة

قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقته بالاحترق النفسى عند المختصين والمربين
- دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية جيجل -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص : علم النفس التربوي

إشراف الأستاذة:

د/ بكيري نجيبة

إعداد الطالبتان:

❖ غادة بوعزيزي

❖ نادية بوجميعة

أعضاء لجنة المناقشة

الدكتور..... حديد يوسف..... رئيسا

الدكتورة..... بكيري نجيبة..... مشرفا ومقرا

الدكتور..... صيفور سليم..... عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2019/2018

شكر وتقدير

أولا نشكر ونحمد الله العلي القدير الذي كان سر نجاحنا وتوفيق دربنا فكان من نعمه التي لا تحصى انجاز هذا العمل و أثني عليه الثناء كله بفضلله وتوفيقه تم انجاز هذا البحث ونصلي ونسلم على قررة أعيننا حبيبنا ورسولنا محمد صلى الله عليه وسلم .

نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى أستاذتنا الفاضلة الدكتورة "بكييري نجبية" على نصائحها وتوصياتها وتوجيهاتها السديدة التي قدمتها لنا طوال فترة الإشراف ولا ننسى أيضا أن نشكرها على قمة أخلاقها وتواضعها معنا.

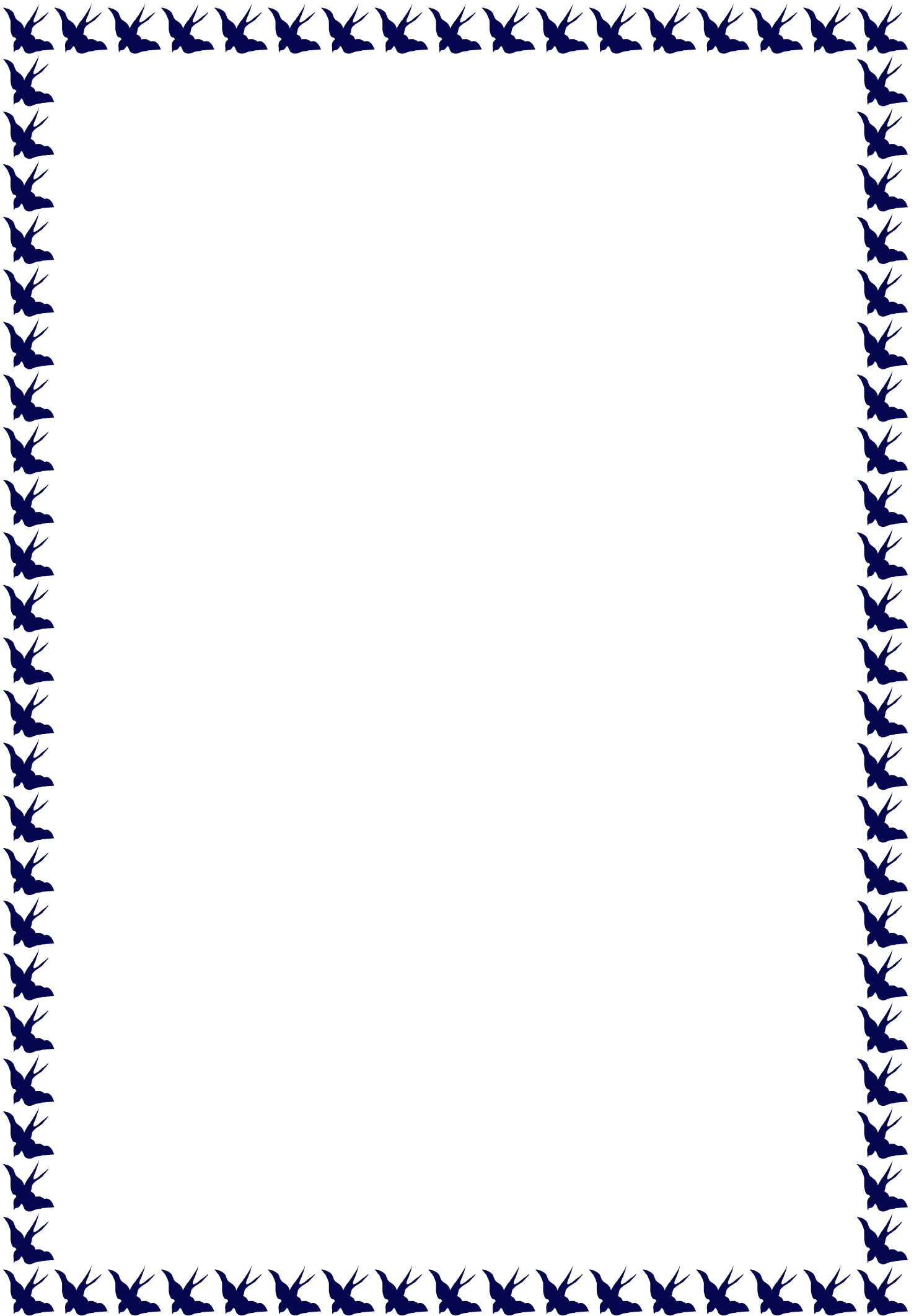
كما نشكر لجنة المناقشة على قبولها مناقشة واثراء هذه المذكرة .

أيضا نتقدم بالشكر والامتنان الى كل من ساعدنا وشجعنا من قريب او من بعيد في اتمام هذه المذكرة ولو بكلمة طيبة و دعاء بالتوفيق.

غادة

جردي

نادية



ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين، وقد اعتمدت الباحثتان على المنهج الوصفي كونه الأنسب للدراسة، كما اعتمدتا على عينة قصدية حجمها (74) مختص ومربي ببعض مراكز وعيادات وجمعيات بلديتي جيجل والطاهير، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياسين لجمع البيانات مقياس قصور الانتباه ومقياس الاحتراق النفسي بحيث تم تكيفهما ليلانما طبيعة الدراسة الحالية، ولمعرفة صحة الفرضيات من عدمها تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط بيرسون.

وبعد تحليل النتائج توصلت الدراسة للنتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين.
- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والإجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين.
- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبدل المشاعر عند المختصين والمربين.
- لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين والمربين.

الكلمات المفتاحية: قصور الانتباه - الاحتراق النفسي - أطفال التوحد - المختصين والمربين.

Abstract:

This study aimed at identifying the relationship between attention deficit among autism children and psychological burnout among specialists and nurses. To meet this objective the researchers adopted the descriptive approach most suitable to this type of studies and used two scales adapted to fit the nature of the present study (attention deficit scale and psychological burnout scale) to collect data. These scales were distributed on a sample of 74 specialists and nurses chosen intentionally from some centers. The study hypotheses, the arithmetic averages, the standard deviation and the Pearson correlation coefficient were counted.

After analyzing the obtained data the following results were found:

- There is a statistically significant correlative relationship at the indication 0.01 among specialists and nurses.
- There is a statistically significant correlative relationship at the indication 0.01 between attention deficit among autism children and emotional pressure among specialists and nurses.
- There is a statistically significant correlative relationship at the indication 0.01 between attention deficit among autism children and feeling stolidity among specialists and nurses.
- There is no statistically significant correlative relationship between attention deficit among autism children and poor personal achievement among specialists and nurses.

Key words: attention – psychological burnout- autism children – specialists and nurses.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
أ	الملخص باللغة العربية
ب	لملخص باللغة الانجليزية
ج	فهرس المحتويات
د	فهرس الجداول
و	فهرس الأشكال
ز	فهرس الملاحق
2	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	1- إشكالية الدراسة.
10	2- فرضيات الدراسة.
10	3- أهمية الدراسة.
10	4- أهداف الدراسة.
11	5- مصطلحات الدراسة.
14	6- الدراسات السابقة.
الفصل الثاني: قصور الانتباه والطفل التوحيدي	
28	تمهيد
28	أولاً- قصور الانتباه.
28	1- لمحة تاريخية عن قصور الانتباه.
29	2- تعريف قصور الانتباه.
31	3- انتشار اضطراب قصور الانتباه.

31	4-أسباب اضطراب قصور الانتباه.
34	5-مظاهر اضطراب قصور الانتباه.
36	6-أنواع اضطراب قصور الانتباه.
37	7-الاضطرابات المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه.
38	8-تشخيص اضطراب قصور الانتباه.
40	9- المشاكل التعليمية المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه.
42	10- علاج اضطراب قصور الانتباه.
43	ثانيا - الطفل التوحيدي
43	1-البيدايات التاريخية لاضطراب التوحد.
45	2-تعريف الطفل التوحيدي.
46	3-انتشار اضطراب التوحد.
47	4-أسباب التوحد.
48	5-خصائص الطفل التوحيدي.
49	6-أنواع التوحد.
50	7-المشاكل المصاحبة للتوحد.
50	8-تشخيص التوحد.
53	9-علاج التوحد.
55	ثالثا - قصور الانتباه لدى الطفل التوحيدي
55	1-تعريف قصور الانتباه لدى الطفل التوحيدي.
55	2-مواصفات طفل التوحد المصاب بقصور الانتباه.
56	3-أسباب قصور الانتباه لدى الطفل التوحيدي.
58	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: الاحتراق النفسي
60	تمهيد

60	1-لمحة تاريخية عن الاحتراق النفسي.
61	2-تعريف الاحتراق النفسي.
63	3-أبعاد الاحتراق النفسي.
64	4-خصائص الاحتراق النفسي .
64	5-أسباب الاحتراق النفسي.
66	6-أعراض الاحتراق النفسي.
68	7-مؤشرات الاحتراق النفسي.
69	8-مراحل الاحتراق النفسي.
70	9- مستويات الاحتراق النفسي.
70	10-النظريات المفسرة للاحتراق النفسي.
72	11-النماذج المفسرة للاحتراق النفسي.
77	12- قياس الاحتراق النفسي.
78	13-آثار الاحتراق النفسي.
78	14-علاج الاحتراق النفسي.
80	خلاصة الفصل
	الجانب الميداني
	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة
83	تمهيد
83	1- حدود الدراسة.
84	2- منهج الدراسة.
85	3- مجتمع الدراسة وعينته.
87	4- الدراسة الاستطلاعية
88	5-أدوات جمع المعلومات وخصائصها السيكو مترية.
97	6-الأساليب الإحصائية.

98	خلاصة الفصل
	الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
100	تمهيد
100	أولا- عرض نتائج الدراسة.
103	ثانيا- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.
110	خاتمة
112	مقترحات وتوصيات
113	قائمة المراجع

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس.	86
02	جدول يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة.	86
03	جدول يوضح توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة.	87
04	جدول يوضح أبعاد مقياس الاحتراق النفسي وأرقام عباراته.	89
05	جدول يوضح العبارات التي تم حذفها من مقياس الاحتراق النفسي بناء على رأي المحكمين.	90
06	جدول يمثل العبارات التي تم تعديل صياغتها في مقياس الاحتراق النفسي بناء على رأي المحكمين.	90
07	جدول يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الاحتراق النفسي.	91
08	جدول يوضح أبعاد مقياس قصور الانتباه وأرقام عباراته.	94
09	جدول يوضح العبارات التي تم حذفها من مقياس قصور الانتباه بناء على رأي المحكمين.	95
10	جدول يوضح العبارات التي تم تعديل صياغتها في مقياس قصور الانتباه حسب رأي المحكمين.	95
11	جدول يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لمقياس قصور الانتباه.	96
12	جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعد الإجهاد الانفعالي.	100
13	جدول يوضح قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الإجهاد الانفعالي ومقياس قصور الانتباه.	100
14	جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعد تبليد المشاعر.	101
15	جدول يوضح قيمة معامل الارتباط بيرسون بين تبليد المشاعر ومقياس قصور الانتباه.	101

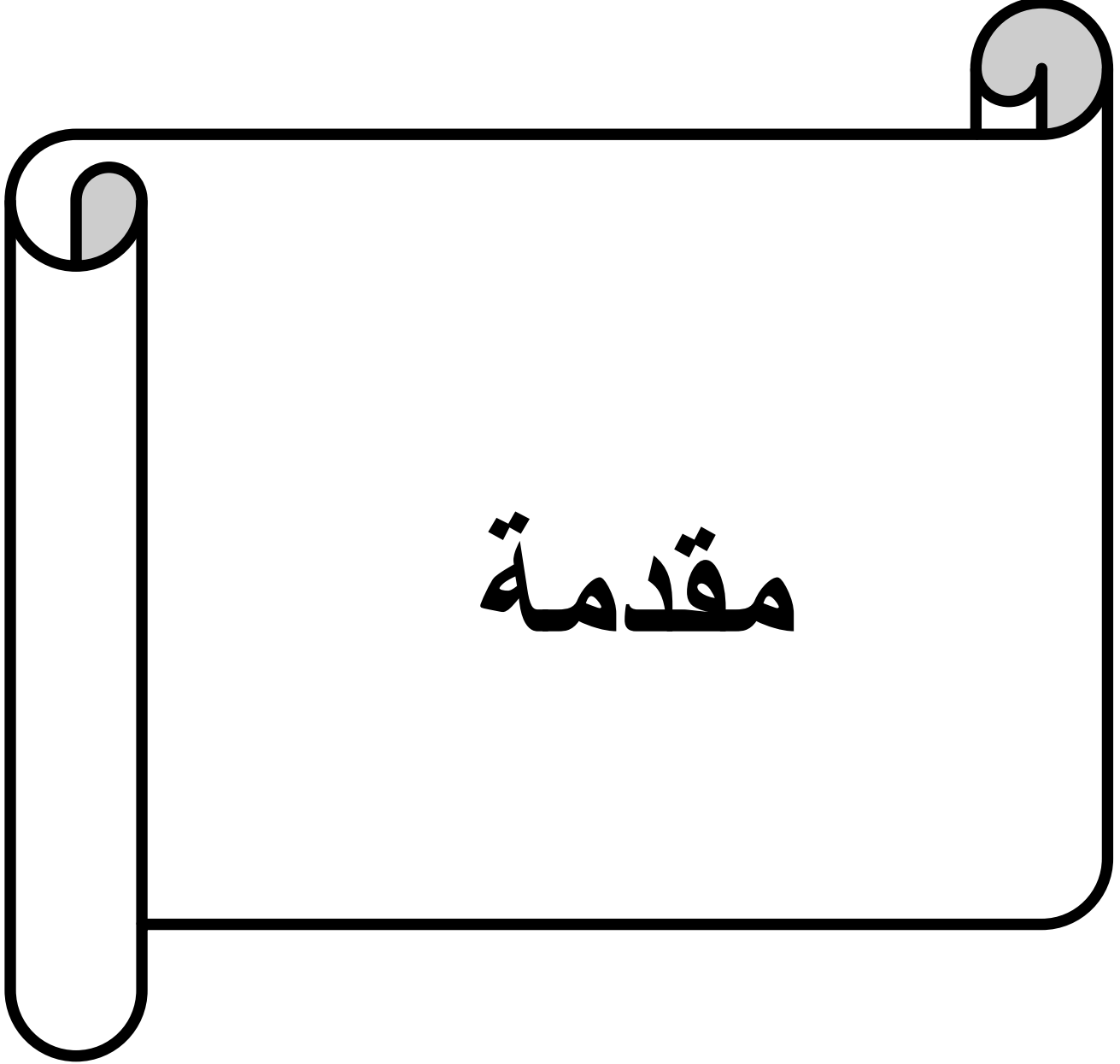
102	جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعد الشعور بنقص الانجاز الشخصي.	16
102	جدول يمثل قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الشعور بنقص الانجاز الشخصي ومقياس قصور الانتباه.	17
103	جدول يوضح قيمة معامل الارتباط بيرسون بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين.	18

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
29	يوضح التحديد المفاهيمي لاضطراب الانتباه حسب الموسوعة الفلسفية.	01
73	يوضح نموذج الاحتراق النفسي حسب ماسلاش وجاكسون.	02
74	يوضح مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهره في نموذج selye.	03
75	يوضح نموذج تشيرنس للاحتراق النفسي.	04
75	يوضح نموذج ليتز للاحتراق النفسي.	05

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	أسماء السادة المحكمين.
02	مقياس الدراسة.
03	مخرجات spss 20.
04	التسهيلات بدخول المراكز والعيادات والجمعيات.



يعد اضطراب الانتباه من بين الاضطرابات الأكثر شيوعاً لدى الأطفال خاصة فئة أطفال التوحد، فضعف الانتباه هو أحد المشكلات الأساسية لديهم بل هو الشغل الشاغل للمختصين القائمين على تعليمهم وإكسابهم المهارات الحياتية، ونظراً لكون ضعف الانتباه عاملاً أساسياً في حدوث كافة أوجه النقص والعجز في اللغة واللعب والتطور الاجتماعي لدى أطفال التوحد فإن العناية بهم ليست بالأمر السهل بل هي عملية تتخللها العديد من الصعوبات لأنها تطمح لتجسيد أهداف مختلفة (إنسانية- تربوية - اجتماعية) حيث تتطلب توفير مختصين ومربين مؤهلين في مجال التربية الخاصة ومستعدين لتحقيق تلك الأهداف وقادرين على تمكين هذه الفئة من الاندماج مع الآخرين ومحاولة لتحقيق هذه المتطلبات يجد المختصين والمربين أنفسهم أمام تحديات متنوعة بين تحقيق الاحتياجات من جهة وبين الضغوط التي يعيشونها من جهة أخرى والتي تؤدي بهم إلى التعب والإرهاق النفسي والجسدي ومنه إلى ما يعرف بالاحتراق النفسي الذي يعد من أبرز الظواهر السيكولوجية التي تنشأ في ميدان العمل فهو عبارة عن حالة يمر بها المختص والمربي العامل مع أطفال التوحد يشعر فيها بالضغط النفسي والإنهاك الانفعالي والتعب بسبب العمل مع هذه الفئة. ومن أجل دراسة هذا الموضوع تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين الأول نظري والثاني ميداني، فالجانب النظري احتوى على ثلاثة فصول:

الفصل الأول تم فيه التعرف على مشكلة الدراسة، فرضياتها، أهميتها، أهدافها، تحديد مصطلحات الدراسة والدراسات السابقة.

الفصل الثاني فقد تضمن 3 أقسام، القسم الأول تم التطرق فيه إلى قصور الانتباه من حيث تعريفه، لمحة تاريخية عنه، انتشاره، أسبابه ومظاهره، أنواعه والاضطرابات المصاحبة له، تشخيصه وعلاجه، المشاكل التعليمية المصاحبة له، بينما خصصنا القسم الثاني للحديث عن الطفل التوحيدي من حيث تعريفه، لمحة تاريخية عنه، انتشار التوحد، أسبابه وخصائصه، أنواعه والمشاكل المصاحبة له، تشخيصه وعلاجه، أما القسم الثالث ضم قصور الانتباه لدى الطفل التوحيدي تناولنا فيه تعريفه، أسبابه وخصائصها.

الفصل الثالث تناولنا فيه الاحتراق النفسي من حيث تعريفه وأبعاده، لمحة تاريخية عنه، خصائصه وأسبابه، أعراضه ومؤشراته، مراحلها والنظريات المفسرة له، مستوياته والنماذج المفسرة له، قياسه وآثاره، علاجه.

أما الجانب الميداني فقد ضم فصلين:

الفصل الرابع تناولنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة حيث تضمن حدود الدراسة، المنهج، مجتمع الدراسة، أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، الأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس تضمن عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

وفي الأخير عرضنا الخلاصة العامة للبحث والخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات، وأرفق البحث بقائمة المراجع التي تم الاعتماد عليها وبعض الملاحق لزيادة التوضيح .



الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أهمية الدراسة.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5 - مصطلحات الدراسة.
- 6- الدراسات السابقة.

1- إشكالية الدراسة

يعاني بعض الأفراد في المجتمع من مشكلات مختلفة تحد من قدراتهم العقلية والجسدية والنفسية والتي تؤثر بشكل كامل على حياتهم لذا فهم يحتاجون إلى عناية خاصة تتناسب مع متطلباتهم واحتياجاتهم ويطلق على هذه الفئة من الأفراد بذوي الاحتياجات الخاصة حيث يختلف حجم مشكلاتهم والطبيعة الخاصة بها من مجتمع إلى آخر من خلال الاعتماد على توفير الوسائل والطرق للتعامل معهم بطريقة مناسبة لحالتهم الخاصة ومن بين هؤلاء فئة التوحديين (مساعدة مريم، <https://mawdoo3.com>)

حيث أن هذا المرض انتشر في العصر الحالي بين الأطفال بصورة أكبر من غيرهم (روان الصباح، <https://mawdoo3.com>) وتظهر آثاره وأعراضه على الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره في غالب الأحيان كما أنه يعتبر من أصعب المشاكل التي يعاني منها الأطفال وأسرههم (أسامة فاروق مصطفى السيد كامل الشربيني، 2011، ص 30)، و بناء على إحصائيات الولايات المتحدة الأمريكية فقد تبين أنه من بين كل ألف طفل يصاب 6 أطفال بمرض التوحد كما تبين أيضا واتضح من خلال أرقام الإحصائيات أن عدد الإصابات بهذا المرض أخذ بالازدياد بشكل مضطرب (روان محمد، <https://mawdoo3.com>)، كما أنه يستمر مع الطفل طوال حياته مؤثرا في تصرفاته وتعامله واتصاله بمن حوله بالإضافة لتأثيره في قدرة الطفل على التعلم وقد تظهر الأعراض على بعض الأطفال بعد الولادة مباشرة وفي الحقيقة تتفاوت ظهور أعراض التوحد وشدتها من طفل لآخر وهذا المرض حتى الآن مجهول السبب غير مرتبط بأسباب مباشرة أو محددة للإصابة، كما يعد اضطراب التوحد بحسب ما ورد في "المراجعة النصية للطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-iv-tr الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (2000) من الاضطرابات النمائية التي تتميز بحدوث إعاقة للنمو الاجتماعي واضطراب في نمو اللغة وفي اللعب الرمزي والخيالي وجمود السلوك حيث يتسم بالعديد من المظاهر الكيفية للإعاقة في التواصل اللفظي وغير اللفظي والعلاقات الاجتماعية المتبادلة إلى جانب مخزون مقيد ومحدد من الأنشطة والاهتمامات التي تتسم بشدتها الغير العادية أو بالسلوك الذي تحكمه طقوس معينة أو بالسلوك القهري فضلا عن ذلك فإن هناك أوجه قصور تتعلق بالانتباه لدى العديد من أطفال التوحديين فالدليل التشخيصي نفسه لم يستبعد حدوث مثل هذه الحالة حيث يحدد أن الأطفال التوحديين يتسمون بوجود بعض المشكلات التي تتعلق بالانتباه وقصور مدى الانتباه كجزء من السمات ذات الصلة باضطراب التوحد (محمد روان، almanhai.com, platfovn) فالطفل التوحدي يميل إلى العزلة

وعدم الاختلاط مع الآخرين كما أنه لا يستطيع تركيز انتباهه على مثيرات محددة فنجدته يتميز بقصور في الانتباه فهذا الأخير يعد اضطراب نفسي من نوع تأخر النمو العصبي يبدأ في مرحلة الطفولة وهو صعوبة التركيز لفترة معينة عند ممارسة الأنشطة المختلفة ولا يعزى إلى التخلف العقلي أو الاضطرابات الذهنية أو غيرها حيث تتمثل أهم مظاهره في زمن الانتباه القصير ، وعدم القدرة على الاحتفاظ بالانتباه نحو المثيرات المطلوبة والذهول أو تشتت الانتباه والفشل في إتمام المهمات والانتقال من نشاط إلى آخر قبل اتمام الأول ويتصرف صاحبه قبل أن يفكر (فطيمة دبراسوا، biskra.univ-biskra.dz) وهو من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال وتشكل مصدرا أساسيا لضيق وتوتر وإزعاج المحيطين بالطفل (سميرة شرقي، 2007، ص51).ولهذا زاد الاهتمام بالأطفال مضطربي الانتباه في السنوات الأخيرة وحسب تقديرات الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والأمريكية فإن اضطرابات قصور الانتباه من الحالات المنتشرة في جميع أنحاء العالم إذ تصل نسبته الإصابة به إلى 10% من الأطفال في العالم لكن على أكثر التقديرات النسبية معقولة ما بين 5% إلى 6% وتعتبر هذه النسبة كبيرة للأطفال والتي لا يجب إغفالها وتظهر مشكلة قصور الانتباه بشكل كبير عند مختلف الأطفال، والتي لم يستبعد أن تشيع بين أطفال التوحديين حيث يكون الانتباه لدى هؤلاء الآخرين غير طبيعي ويتم هذا الاضطراب عندهم بعدم قدرة الطفل على أن ينتبه للتفاصيل المختلفة التي تميز المثير وقصر مدى الانتباه وذلك بالنسبة للمثيرات المختلفة أي كان نمطها إلى جانب سهولة التشتت وعلاوة على ذلك فإنه يتسم بعدم قدرة الطفل على التركيز في تلك المهام التي يتم تقديمها له أو المثيرات التي يتعرض لها وعدم قدرته على القيام اتباع التعليمات المختلفة مهما بسيطة وعدم قدرته على القيام بالترتيب الصحيح للأشياء أو تنظيمها وفق أبعاد ومحددات معينة وكثرة النسيان في الأعمال أو المهام أو الأنشطة المتكررة والمعتادة (عادل عبد الله محمد، [platfovn, almanhai.com](http://platfovn.com)).

كذلك يشار إلى أن الأطفال التوحديين ينتبهون إلى الأجزاء بدلا من النظرة الكلية للمهمة أو الموقف (مصطفى والسريين، 2011، ص92)، أي يركزون على أشياء تافهة وبسيطة مما يوجد حولهم كأن ينظر الطفل إلى عجلة القطار بدلا من النظر إلى القطار نفسه (خليفة وهدان، 2014، ص171).

كما تشير دراسة كل من "أيلن وآخرون" (2006) ودراسة "جوليان وآخرون" (2010) إلى أن أعراض التوحد تؤثر سلبا على الانتباه الاجتماعي والتعلم كما تؤكد أيضا نتائج دراسة "جيلا ديني

وآخرون" (2004) على ضعف الانتباه الاجتماعي لدى أطفال التوحد ويجب التخطيط لبرامج التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية (خليفة ووهاد، ص174، 2014).

إضافة إلى هذا فإن العناية بأطفال التوحد الذين يتسمون بقصور الانتباه ليس بأمر سهل فهي عملية تتخللها العديد من الصعوبات لأنها تطمح لتجسيد أهداف ذات طابع إنساني واجتماعي وتربوي حيث تتطلب توفير مختصين ومربين مؤهلين في مجال التربية الخاصة ومستعدين لتحقيق تلك الأهداف وقادرين على تمكين تلك الفئة من الاندماج مع الآخرين وتحقيقا للمتطلبات والاحتياجات المتكررة سواء على مستوى الجانب النفسي أو الصحي أو المعرفي أو الجوانب المتعلقة بالحياة اليومية الأخرى ومع زيادة المهام الملقاة على عاتق المختصين والمربين ونقص الدعم الاجتماعي المشجع وعدم وجود مخرج أصبحت عملية التكفل تشكل نوع من الضغوط على هؤلاء المختصين والمربين، وفي ظل هذه الوضعية أصبح هؤلاء يجدون صعوبات في أداء مهامهم على أكمل وجه.

حيث أن تربية أطفال التوحديين يعتبر من المهن التي تتطلب التحلي بمختلف السمات الشخصية العالية كالقدرة على مقاومة الصعاب والتحلي بالصبر والإرادة حيث يجب على المختص والمربي أن يمتلك شخصية قوية قادرة على فهم مختلف المشكلات والمعوقات التي يواجهها فقد يمر المختص والمربي بظروف ومواقف وعلاقات قد لا تكون في صالحه وهذا ما يؤدي حتما إلى تأثيرات وانعكاسات تجعله يعيش حالة من عدم الرضا والاضطرابات النفسية التي تسير به إلى التعب النفسي والجسدي واستنزاف الجهد وحالة من الإنهاك والاستنزاف النفسي الأمر الذي يؤدي به إلى الإحساس بالضغوط النفسية والمهنية وإذا اشتدت هذه الضغوط واستمرت فإنها تصل به إلى ما يعرف بالاحتراق النفسي الذي يعبر عن حالة نفسية يصل فيها المختص والمربي إلى الشعور بالاستنزاف البدني والإرهاق العاطفي والعقلي والتي تتجم عن الضغط المفرط والمستمر لفترات طويلة من العمل، تفقد قدرة المختص والمربي على أداء مهامه المطلوبة ويؤدي به ذلك إلى الشعور بالعجز واليأس ، فلقد أكد (الفكر الإداري التربوي المتعلق بإدارة الأفراد وعلم النفس الإداري أن الأفراد العاملين في المهن الإنسانية أكثر تعرض لظاهرة الاحتراق النفسي فلقد حظيت هذه الأخيرة باهتمام الكثير من الباحثين خلال السنوات الأخيرة حيث يعتبر مفهوم الاحتراق النفسي من المفاهيم التي ظهرت حديثا على يد "فرويدنبرجر" freudenberger في أوائل السبعينات كما أشار "كيريكاو" kyriacau إلى أن الاحتراق النفسي عبارة عن مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة (بني أحمد، 2007، ص13).

كما يرى "هوك" hock1980 أن هناك عوامل عديدة تؤدي إلى الشعور بالاحترق النفسي منها العبء الزائد في العمل والحاجة إلى المكافآت والحاجة إلى المساندة الإدارية، ويشير "فريدمان1991" إلى أن الاحتراق النفسي ذو نمطين يرتبط بالنظام ومناخ العمل والمساندة الاجتماعية والمهنية داخل مكان العمل ويرى "فريدمان" أيضا أن كل هذه المتغيرات تؤثر في عملية الاحتراق النفسي كما يرى عسكر وزملاءه" 1986 أن ضغوط العمل تلعب الدور الأكبر في حدوث ظاهرة الاحتراق النفسي.

إن العناية والتكفل بالأطفال التوحديين الذين يتسمون بقصور الانتباه يعتبر من المهن الصعبة التي لا بد لأفرادها من التحمل العناء فهو يعتبر مهنة إنسانية، فالعمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى صبر وقدرة لأن لديهم احتياجات خاصة، حيث يعتبر كل شخص حالة خاصة قد يولد ذلك لدى العاملين معهم الشعور بالإحباط وضعف الشعور بالإنجاز والشعور بالضغوط المهنية والنفسية وبالإنهاك الانفعالي والضيق وتبدل المشاعر خصوصا إذا كان المختص والمربي يعاني من ضغوط نفسية مع هذه الفئة دون رغبة أو إرادة فإنه يجد صعوبة في أداء مهامه بأكمله وجه مما يدفعه لبدل الجهد بصورة مستمرة حتى يستغرق طاقته فيجد نفسه غير قادر على العطاء فيشعر بالسلبية في أدائه وبالتالي يصبح ضحية الاحتراق النفسي ونظرا لأهمية هذا الموضوع خاصة وأنا نعلم أن أطفال التوحد لديهم مشكلات معرفية مختلفة، قمنا بدراسة مشكلة قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقته بالاحتراق النفسي عند المختصين و المربين هذا ما دفع بنا إلى طرح التساؤل الرئيسي التالي:

هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين القصور الانتباه لدى أطفال التوحد و الاحتراق النفسي عند المختصين المربين؟

وينبثق عن هذا التساؤل الاسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبدل المشاعر عند المختصين والمربين؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين والمربين؟

2- فرضيات الدراسة

الفرضية الرئيسية

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين.

الفرضيات الفرعية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والإجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبلد المشاعر عند المختصين و المربين.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين و المربين.

3_ أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى أن:

- الدراسة الحالية أخذت منحى آخر في دراسة ظاهرة الاحتراق النفسي في أوساط المهن الإنسانية ويظهر هذا من خلال دراسة علاقتها بمتغير مهم وهو قصور الانتباه.

- دراستنا الحالية توجه الأنظار نحو مهنة إنسانية مهمة وهي مهنة مختص ومربي أطفال التوحد لأجل الكشف عن التوترات والضغوط التي يعانون منها وكيفية مواجهتها والتي من الممكن أن تؤثر على أدائهم و صحتهم.

- الاهتمام بشريحة تعتبر من أهم شرائح المجتمع وهم أطفال التوحد الذين يعانون من قصور الانتباه.

- الدراسة الحالية اهتمت بموضوع الاحتراق النفسي والذي يعتبر خطرا كبيرا على الصحة النفسية للمربي أو المختص والذي يقف حاجزا كبيرا أمامهم لذلك وجب التوعية به.

4- أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة بشكل عام إلى معرفة العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد للاحتراق النفسي عند المختصين المربين.
- كما تهدف أيضا إلى
- الكشف عن العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين.
- الكشف عن العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وبلد المشاعر عند المختصين المربين.
- الكشف عن العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين والمربين.

5- مصطلحات الدراسة

أ- الاحتراق النفسي:

متلازمة أو مجموعة أعراض الإجهاد العصبي واستنفاد الطاقة الانفعالية، والتجرد من الخواص الشخصية والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز الشخصي في المجال المهني، وهي مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس (هبة محمد عبد الحميد، 2008، ص 11).

إجرائيا:

هو مرحلة الاستنزاف والاستنفاد الانفعالي أو العاطفي التي يصل إليها مختص ومربي أطفال التوحد نتيجة أعباء العمل والضغوط المستمرة.

ب- الإجهاد الانفعالي

وهو مصطلح يعبر عن فقدان الفرد لطاقته وشعوره بانعدام منابع الإحساس ويصبح في حالة يشعر بأنه غير مهتم بعمله واستنفذت كامل موارده العاطفية والانفعالية.

إجرائيا:

هو إحساس مربي أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه بالتعب الشديد والإرهاق والضعف والعجز، نتيجة ضغوط أعباء العمل المتزايدة واستهلاك كبير للطاقة الجسمية مقابل ما يتطلبه الاعتناء بأولئك الأطفال.

ج- تبدل المشاعر

وهو لفظ يستخدم للدلالة على نقص المشاعر العاطفية أو فتورها عند بعض الأفراد (فرج عبد القادر طه وآخرون، 2003، ص 857).

ويقصد به أن يبدأ العمال في بناء اتجاه سلبي نحو العملاء (أحمد بني أحمد، 2006، ص 14).

وهو التحرر من الخواص الشخصية والشعور بالتبدل في الأحاسيس اتجاه العمل مع الآخرين.

إجرائيا:

هو مستوى الاهتمام المنخفض بالعمل واللامبالاة التي يظهرها مختص ومربي أطفال التوحد اتجاه عمله وفقدان مشاعره وأحاسيسه والحيوية والنشاط.

د- شعور النقص الإنجاز

هو انخفاض ونقص في المردودية الشخصية بفعل اللاتنظيم المهني للمهارات وأيضا الاعتقاد بعدم الوصول إلى تحقيق الأهداف، وهذا نتيجة للسلبية نحو الأداء المهني تجعله مقتنع بعدم الوصول إلى الأهداف المنشودة من العمل (بوحارة هناء، 2012، ص 54).

كما يعرف أيضا بأنه ميل العمال لتقييم أنفسهم سلبا (أحمد بني أحمد، 2006، ص 14).

إجرائيا:

هو ميل مربي أطفال التوحد إلى تقييم نفسه بطريقة سلبية وشعوره بتدني عطائه وقصوره في القيام بواجباته بالصورة المطلوبة وأنه ليس في المستوى المطلوب والمتوقع.

هـ- قصور الانتباه

هو صعوبة تركيز الانتباه لفترة زمنية معينة عند ممارسة الأنشطة المختلفة (ختام عبد الحميد أبو شوارب، 2013، ص 15).

كما يعرف بأنه اضطراب نفسي من نوع تأخر النمو العصبي يبدأ في مرحلة الطفولة، وهي تسبب نموذج من تصرفات تجعل الطفل غير قادر على إتباع الأوامر أو على السيطرة على تصرفاته أو أنه يجد صعوبة بالغة في الانتباه للقوانين.

إجرائيا:

هو ضعف قدرة الطفل المتوحد على التركيز حيث يكون لديه قابلية عالية للتشتت وضعف استمراره في القيام بمهمة معينة وصعوبة نقل انتباهه من مثير لآخر.

و- المختصين المربين

وهم الأشخاص الذين يعملون مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة (نوال بنت عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص6).

كما يعرفون بأنهم الأشخاص الذين يتكفلون بالأطفال التوحديين ويقوم برعايتهم ومراقبتهم وتوجيههم.

إجرائيا:

هم الأفراد الذين يقومون بتربية أطفال التوحد المصابين بقصور الانتباه حيث يقومون بمراقبتهم وتعليمهم ورعايتهم بمختلف الأساليب و الطرق.

ز- اضطراب التوحد

تعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه: إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ (كوافحة وعبد العزيز، 2010، ص167).

كما تعرفه كريستين مايلز بأنه: حالة غير عادية لا يستطيع الطفل فيها إقامة علاقات مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلا. (سيد سليمان، 2000، ص18)

إجرائيا:

عجز يعيق تطوير مختلف المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي والغير اللفظي حيث يكون مختلف الأطفال المصابين به يعانون من قصور في الانتباه مما يشتت فكرهم وتركيزهم حول البيئة المحيطة بهم ومنه يصعب التعامل معهم من قبل المربين وكل الأفراد المحيطين بهم.

خ-الطفل التوحيدي

هو طفل منسحب بشكل متطرف، وقد يجلس الأطفال المتوحدين يلعبون لساعات بأصابعهم أو بقصاصات ورق، حيث يبدو عليهم الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالهم (سيد سليمان، 2000، ص 18).

إجراءياً:

هو الطفل الذي انسحب من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات وهو الذي فقد الاتصال بالآخرين وانشغل انشغالا كاملا بأفكاره حيث يكون مصاب بقصور في الانتباه حول كل ما يجري حوله.

6- الدراسات السابقة:

أ- الدراسات التي تنتمي للمتغير المستقل "قصور الانتباه"

الدراسة الأولى لـ خطاب (2005)

عنوان الدراسة: "فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى أطفال التوحد".

الهدف من الدراسة: استهدف الدراسة تنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين من خلال استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي (زيادة التواصل البصري مع الآخرين-محاكاة الآخرين-التعرف على الألوان...إلخ).

عينة الدراسة: طبقت الدراسة على 5 أطفال توحديين كمجموعة تجريبية و 5 أطفال كمجموعة ضابطة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة الأدوات التالية:

- برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى أطفال التوحد.

- مقياس اضطراب قصور الانتباه.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ يعتبر قصور الانتباه الاكثر انتشارا بين أطفال التوحديين فقد احتل الترتيب الأول بنسبة 68.26%.

✓ توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أبعاد مقياس قصور الانتباه (ضعف الانتباه الاندفاعية- النشاط الزائد) المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح القياس البعدي مما يدل على فاعلية البرنامج.

✓ كذلك وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أبعاد مقياس اضطراب قصور الانتباه بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية (طلال عبد الرحمن الثقفي، 2015، ص 49).

الدراسة الثانية لـ بن عربية زكية (2010)

عنوان الدراسة: "اضطراب الانتباه وعلاقته بالأداء المدرسي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين التحصيل الدراسي للتلميذ ودرجة معاناته من اضطراب الانتباه.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 128 تلميذ وتلميذة (49 منهم يعانون من صعوبات التعلم و79 عاديون)

أدوات الدراسة: تم استخدام اختبار رسم الرجل ومقياس براون لقياس اضطراب الانتباه.

نتائج الدراسة

✓ وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بين الدرجة التي يتحصل عليها التلميذ في اختبار اضطراب الانتباه ودرجة التحصيل الدراسي.

✓ هناك فروق دالة عند مستوى (0,00) في النتيجة الكلية من اختبار اضطراب الانتباه بين التلاميذ العاديين والذين يعانون صعوبات التعلم.

✓ توجد فروق في درجة المعاناة من اضطراب الانتباه بين الذكور والإناث.

الدراسة الثالثة لـ ختام عبد الحميد أبو شوارب (2013).

عنوان الدراسة: "فعالية برنامج إرشادي للتخفيف من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة".

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى أطفال الروضة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 26 طفل وطفلة.

أدوات الدراسة: تم استخدام البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة ومقياس نقص الانتباه والنشاط الزائد من وجهة نظر المعلمة والأم من إعداد الباحثة، إضافة إلى اختبار مان وتيني اللابارامتري واختبار ويلكوكسون اللابارامتري.

نتائج الدراسة

- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من وجهة نظر الأمهات والمعلمات على القياس البعدي.
- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي من وجهة نظر الأمهات والمعلمات.
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي من وجهة نظر الأمهات والمعلمات، وذلك يشير إلى أن البرنامج التدريبي كان فعالاً في خفض الانتباه والنشاط الزائد.

الدراسة الرابعة لـ يوبي نبيلة (2015)

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج السلوكي للأطفال المتمدرسين مفرطي الحركة ومتشنتي الانتباه ما بين 6 - 12 سنة".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى علاج أطفال يعانون من اضطراب فرط الحركة المصحوب بتشنت الانتباه يبلغ عمرهم ما بين 6 - 12 بعلاج سلوكي ويهدف هذا العلاج إلى تعديل سلوكياتهم والتخفيف من حدة أعراض اضطرابهم بالإضافة إلى حل مشاكلهم النفسية والعائلية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من سبع حالات من الأطفال بين 6 إلى 12 سنة.

أدوات الدراسة: تم استخدام الملاحظة والمقابلة العيادية والمقابلة العلاجية والاختبارات النفسية كأدوات لجمع المعلومات.

نتائج الدراسة:

- ✓ العلاج السلوكي له أثر فعال وناجح في التخفيض من حدة أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما بين 6-12 سنة.
- ✓ يمكن التخفيض من أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه من خلال حل المشاكل النفسية والعائلية.
- ✓ أسلوب التعزيز الايجابي له أثر فعال وناجح في التخفيض من أعراض فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه.
- ✓ أسلوب تكلفة الاستجابة له أثر فعال وناجح في التخفيف من حدة أعراض الاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- ✓ أسلوب جدول المهام والأعمال له أثر فعال وناجح في التخفيض من حدة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- ✓ يعد إرشاد الوالدين كوكالة علاجية خطوة أساسية لنجاح البرنامج العلاجي السلوكي للطفل مفرط الحركة ومتشتت الانتباه.
- ✓ يعد إرشاد المعلمة وتوجيهها كوكالة علاجية خطوة أساسية لنجاح البرنامج العلاجي السلوكي للطفل مفرط الحركة ومتشتت الانتباه.

الدراسة الخامسة لـ الأميرة طه بغش (د. س)

- عنوان الدراسة:** "فعالية الإرشاد الأسري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمكة المكرمة".
- أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تصميم وتقديم برنامج للإرشاد الأسري متمثل في تدريب الأمهات على التعامل مع أطفال المتخلفين عقليا وتقديم نماذج للرعاية والإرشاد النفسي والتربوي السليمة لهم كما تهدف أيضا إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشاد الأسري المستخدم في خفض حدة اضطراب أو عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم.
- عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 42 طفلة من المتخلفات عقليا تتراوح أعمارهن بين 9-14 سنة موزعين على مجموعتين ضابطة وتجريبية.
- أدوات الدراسة:** برنامج موجه لأمهات أطفال المجموعة التجريبية احتوى على 30 جلسة.

نتائج الدراسة: كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية إرشاد الأمهات كشكل من أشكال الإرشاد الأسري في الحد من اضطراب الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال المتخلفين عقليا (الحمري أمينة، 2015، ص10).

ب- الدراسات المتعلقة بالمتغير التابع "الاحتراق النفسي"

الدراسة السادسة الدبابسة (1993)

عنوان الدراسة: "مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمين التربية الخاصة في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات كالجنس ونوع الإعاقة خاصة في الأردن وسنوات الخبرة ومعدل الدخل الشهري بمعلمي التربية الخاصة في الأردن.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 308 معلم ومعلمة.

أدوات الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي والمعدل للبيئة الأردنية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ أن لدى معلمي التربية الخاصة درجة متوسطة من الاحتراق وكذلك أشارت إلى أن معظم الفروق كانت تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور والمتغير الخبرة لصالح أصحاب الخبرة القصيرة. (سنابل محمد أمين صالح جزار، 2011، ص56، 57)

الدراسة السابعة لـ عقرباوي (1994)

عنوان الدراسة: "مستويات الاحتراق النفسي لدى مديري الثانوية الحكومية في مديرية التربية والتعليم في عمان الكبرى".

الهدف من الدراسة: تكونت الدراسة من 49 مديرا و61 مديرة اختيرت بطريقة عشوائية.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث لتحقيق الغرض من الدراسة استبانة ماسلاش المقننة والخاصة بالاحترق النفسي بعد موامتها للبيئة الأردنية.

- مقياس مصادر الاحترق النفسي الذي طوره بحيث اشتمل على 72 فقرة تم التحقق من صدقها وثباتها.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ يعاني مديري المدارس الثانوية الحكومية في مديرية التربية والتعليم لعمان الكبرى من درجة متوسطة من الاحترق النفسي وفق أبعاد ماسلاش.

✓ أدرك أفراد العينة أن أكثر مصادر الاحترق النفسي تأثيرا عليهم عن العلاقة مع زملاء العمل، العلاقة مع المجتمع المحلي، ثم الطلاب ثم العلاقة مع رؤساء العمل، ثم النمو و التقدم ثم الرضا المهني أما أقلها تأثيرا فكانت طبيعة العمل والمشاكل الشخصية.

✓ لم تكشف الدراسة وجود فروق دالة إحصائية في إدراك المديرين والمديرات لأبعاد الاحترق النفسي تعزى إلى متغير الجنس وكذلك بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي.

✓ هناك فروق دالة إحصائية تعزى إلى متغير سنوات الخدمة في إدراك المديرين والمديرات لأبعاد الاحترق النفسي وفقا للتصنيفات المتعددة لسنوات الخدمة لصالح ذوي الخبرة (5-9) سنوات على أبعاد الاحترق النفسي متمثلة في شدة الإجهاد الانفعالي وتكرار تبدل الشعور نحو الأشخاص وشدته وفي تكرار نقص شعوري بالإنجاز الشخصي وشدته لصالح المديرين ذوي الخبرة على 15سنوات فأكثر، بينما لم تظهر أية فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الخبرة في إدراك المديرين والمديرات لبعدها تكرار الإجهاد الانفعالي.

✓ كشف الدراسة عن أكثر مصادر الاحترق النفسي عند المديرين والتي كانت على النحو التالي:

- العلاقة مع المعلمين

- العلاقة مع الطلبة (سنايل محمد أمين صالح جرار، 2011، ص56).

الدراسة الثامنة لـ السرطاوي (1997)

عنوان الدراسة: "الاحترق النفسي لدى العاملين مع الاحتياجات الخاصة بالمملكة العربية السعودية وعلاقته ببعض المتغيرات (التخصيص، نمط الخدمة، سنوات الخبرة، نوع الإعاقة)".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة من العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة بالمملكة العربية السعودية وعلاقته ببعض المتغيرات (التخصص، نمط الخدمة، سنوات الخبرة، نوع الإعاقة).

عينة الدراسة: تكونت من مجموعة من المعلمين في معاهد ومراكز التربية الخاصة التابعة لوزارة المعارف بالرياض.

أداة الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ وجود مستوى معتدل من الاحتراق النفسي في بعدي نقص الشعور بالإنجاز والإجهاد الانفعالي، ووجود مستوى متدني من الاحتراق النفسي في بعد تبدل المشاعر.

✓ فئة المعلمين العالمين مع الإعاقة العقلية أكثر تعرضاً للإجهاد الانفعالي مقارنة بزملائهم العاملين مع فئات الإعاقات الأخرى. (نوال عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص85).

الدراسة التاسعة لـ فرح (2001)

عنوان الدراسة: "مستوى الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي مع أشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر.

عينة الدراسة: تكونت من (122) من المعلمين والإداريين والأخصائيين والمدرسين في المؤسسات ذات العلاقة في دولة قطر.

أداة الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية

✓ درجة الاحتراق النفسي كانت متوسطة لدى أفراد العينة وأن الذكور كانوا أكثر إحساساً من الإناث بنقص الإنجاز ولم تظهر أي فروق دالة إحصائية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي أو المتغير سنوات

الخبرة بين درجات العينة سواء أكان على العلامة الكلية لمقياس الاحتراق أو على أبعاده الفرعية الثلاث (محمود جمال السلخي، 2013، ص4).

الدراسة العاشرة: لـ مهدي عبد سليم عبد العلي (2003)

عنوان الدراسة: مستوى مفهوم الذات ومستويات الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي (الإجهاد الانفعالي، وتبدل المشاعر، ونقص الشعور بالإنجاز).

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى مفهوم الذات ومستويات الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي (الإجهاد الانفعالي وتبدل المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (132) معلما ومعلمة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ✓ أن مستوى مفهوم الذات جاء بدرجة متوسطة على أبعاد الذات الجسمية والشخصية والأسرية والأخلاقية والدرجة الكلية بينما جاء بدرجة ضعيفة على بعد الذات الاجتماعية.
- ✓ أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة مرتفعة على بعد الإجهاد الانفعالي وبدرجة متدنية على بعد نقص الشعور بالإنجاز وبدرجة معتدلة على بعد تبدل المشاعر.
- ✓ توجد علاقة ذات ارتباط هام دال إحصائياً بين مفهوم الذات والاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة.
- ✓ عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى مفهوم الذات تعزى إلى متغيرات (العمر، الخبرة، المؤهل العلمي، مستوى الدخل ومكان السكن) (بويكر دبابي، 2013، ص89).

الدراسة الحادية عشر لـ أسامة بطانية (2005)

عنوان الدراسة: "الاحتراق النفسي لدى معلمي ومعلمات غرف المصادر في شمال الأردن".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى البحث في ظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي ومعلمات غرف المصادر في شمال الأردن.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (45) معلما ومعلمة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ أن معلمي ومعلمات غرف المصادر في شمال الأردن يعانون من مستويات متوسطة في الاحتراق النفسي، فضلا عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس والعمر، (زيني مشكو حجي الحراقي، 2009، ص94).

الدراسة الثانية عشر: لـ عمر محمد الخرابشة (2005)

عنوان الدراسة: "الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر.

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (166) معلم ومعلمة في مديريات التربية العاصمة والبلقاء والكرك في المملكة الأردنية الهاشمية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين والعاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة متوسطة على بعدي الإجهاد الانفعالي وتبليد المشاعر وبدرجة عالية على بعد نقص الشعور بالإنجاز في حين لم تظهر الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغير الجنس بالنسبة لبعدي الإجهاد الانفعالي وتبليد المشاعر ووجود فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الثلاثة بالنسبة لمتغير الخبرة ولصالح ذوي الخبرة ممن لديهم خمس سنوات فأكثر (أبو بكر الدبابي، 2013، ص 88).

الدراسة الثالثة عشر: لـ الزيدوي (2007)

عنوان الدراسة: "مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مصادر الضغوط النفسية والاحتراق النفسي لدى المعلمين التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات، كالجنس، والعمر والحالة الاجتماعية والخبرة التدريسية والمؤهل العلمي.

عينة الدراسة: تكونت من (110) معلم ومعلمة اختيرت بطريقة عشوائية من مدارس جنوب الأردن.

أداة الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ أن معلمي التربية الخاصة في جنوب الأردن يعانون من مستويات مختلفة من الضغوط النفسية والاحتراق النفسي تراوحت من متوسط إلى العالي وأشارت إلى أن أكثر مصادر الضغوط هي مرتبطة بالأبعاد الآتية: قلة الدخل الشهري، والبرنامج الدراسي المكتظ والمشاكل السلوكية والعلاقات مع الإدارة وعدم وجود تسهيلات مدرسية وزيادة عدد الطلاب في الصف وعدم وجود حوافز مادية وعدم تعاون الزملاء والعلاقات مع الطلاب ونظرة المجتمع المتدنية لمهنة التعليم، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن المعلمين كانوا يعانون من الإجهاد الانفعالي أكثر من المعلم، كذلك كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير سنوات الخبرة في بعد تبدل الشعور بشدته لصالح المعلمين، كذلك كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الدخل الشهري في بعد نقص الشعور بالإنجاز (سنابل أمين صالح جزار، 2011، ص52).

الدراسة الرابعة عشر: لـ راضي وعبد الحافظ (2012)

عنوان الدراسة: " مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمات التربية الخاصة مقارنة بالمعلمات العاديات في محافظة الباجة في المملكة العربية السعودية".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمات التربية الخاصة مقارنة بالمعلمات العاديات.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 81 معلمة (29 تربية خاصة و52 معلمة عادية)

أدوات الدراسة: مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ معلمات التربية الخاصة يعانون من مستوى معدل من الإجهاد الانفعالي وتبدل الشعور والاحتراق النفسي العام ويعانين من مستوى مرتفع من نقص الشعور والإنجاز، أما فيما يخص الدرجة الكلية للاحتراق النفسي فتشير الدراسة أن المعلمات التربية الخاصة تعانين من مستوى معتدل من الإجهاد الانفعالي ولا يعاني من تبدل الشعور ويعانين من مستوى مرتفع من نقص الشعور بالإنجاز، أما فيما يخص

الدرجة الكلية للاحتراق النفسي فتشير الدراسة أن معلمات التربية العادية يعانين في مستوى يميل إلى الانخفاض في درجته الكلية (معروف محمد، 2013، ص55).

الدراسة الخامسة عشر: لـ بنان نايف علي (2015)

عنوان الدراسة: "العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد".

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف إلى العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي لدى معلمي الأطفال ذوي اضطراب التوحد في منطقة الجليل بفلسطين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 85 معلما ومعلمة.

أدوات الدراسة: - مقياس الدعم الاجتماعي.

- مقياس ماسلاش وجاكسون للاحتراق النفسي النسخة المعربة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ مستوى الدعم الاجتماعي لدى معلمي الأطفال ذوي اضطرابات التوحد كان مرتفعا وبمتوسط حسابي بلغ (69.3) في حين كان مستوى الاحتراق النفسي ضمن المستوى المتوسط وبمتوسط حسابي بلغ (2.45).

✓ وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا بين مستوى الدعم الاجتماعي ككل، حيث توصلت الدراسة إلى وجود فروق في الاحتراق النفسي تشير إلى أن مستوى الاحتراق النفسي عند الفئات الأقل خبرة أعلى منه عند الفئات الأكثر خبرة، (أمينة عزيزي، dz, saida, univ, pmb).

التعليق على الدراسات السابقة: من خلال استعراض الدراسات السابقة يمكن التعليق عليها عدة نواحي:

من حيث الهدف

تباين الهدف من الدراسات السابقة حيث ارتأت بعض الدراسات إلى الكشف عن فاعلية بعض البرامج الإرشادية في خفض من اضطراب قصور الانتباه او زيادة الانتباه كدراسة (خطاب 2005) ودراسة (ختام عبد الحميد أبو شوراب 2013) ودراسة (بوجي نبيلة 2015) ودراسة (أميرة طه بخش د س)، في حين بحثت بعض الدراسات عن مستوى الاحتراق النفسي كدراسة (فرح 2001) ودراسة (راضي

وعبد الحافظ (2012) ودراسة (العقرباوي 1994) ودراسة (مهند عبد سليم عبد العالي 2003) ، في حين بحثت دراسة (بن عربية زكية 2010) ودراسة (السرطاوي 1997) دراسة (الزيودي 2007) ودراسة (بنان نايف علي 2015) عن علاقة أحد متغيرات دراستنا سواء كان الأول أو الثاني (الاحترق النفسي أو قصور الانتباه بأحد المتغيرات الأخرى والتي تشبه نوعا ما هدف دراستنا.

من حيث العينة

اختلفت العينة في الدراسات السابقة حيث اعتمدت بعض الدراسات على فئة العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة كدراسة (فرح 2010) ودراسة (السرطاوي 1997) ودراسة (الزيودي 2007) ودراسة (راضي وعبد الحفيظ 2012) ودراسة (بنان نايف علي 2015) ودراسة (الدبابسة 1993) والبعض الآخر اعتمد على فئة المعلمين والمدراء كدراسة (الفراوي 1994) ودراسة (أسامة بطانية 2005) ودراسة (عمر محمد الخرابشة 2005).

في حين اعتمد دراسات أخرى على فئة الأطفال كدراسة (خطاب 2005) ودراسة (ختام عبد الحميد أبو شواربي 2013) ودراسة (بوبي نبيلة 2012) ودراسة (أميرة طه بخش د.س) وفي دراستنا الحالية والتي انفردت بعينة المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد كما في دراسة (بنان نايف علي 2015) ومع ذلك فإنها تندرج ضمن العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

من حيث الأدوات

أما فيما يخص الأدوات نجد أن معظم الدراسات السابقة استخدمت مقاييس قصور الانتباه والاحترق النفسي كما في دراسة (خطاب 2005) ودراسة (بن عربية زكية 2010) ودراسة (ختام عبد الحميد أبو شوارب 2013) ودراسة (فرح 2001) ودراسة (السرطاوي 1997) ودراسة (الزيودي 2007) ودراسة (راضي وعبد الحافظ 2012) ودراسة (بنان نايف علي 2015) ودراسة (الدبابسة 1993) وهي نفس الأدوات المستخدمة في دراستنا الحالية ما عدا دراسة (بوبي نبيلة 2015) والتي اعتمدت الملاحظة والمقابلة بأنواعها والاختبارات النفسية.

من حيث النتائج

لقد أسفرت النتائج المتوصل إليها بعض الدراسات التي تناولت المتغير الأول إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بين الدرجة التي يتحصل عليها التلميذ في اختيار اضطراب الانتباه ودرجة التحصيل الدراسي كدراسة (بن عربية زكية 2010).

في مقابل ذلك نجد بعض الدراسات المتعلقة بالمتغير الثاني قد توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً مستوى الدعم الاجتماعي ككل والاحترق النفسي (بنان نايف علي 2015)، ضف إلى ذلك وجود علاقة ذات ارتباط هام دال إحصائياً بين مفهوم الذات والاحترق النفسي بأبعاده الثلاثة.

الاستفادة من الدراسات السابقة

واستفادت الباحثتان من هذه الدراسات في الجوانب التالية:

- ✓ تتبع المراحل الإجرائية التي تبنتها الدراسات.
- ✓ تكوين خلفية نظرية حول الموضوع
- ✓ الاستفادة من الأدوات المستخدمة في جميع البيانات خصوصاً تلك المرتبطة بالاحترق النفسي وقصور الانتباه.
- ✓ كما تم الاستفادة من نتائجها في تفسير ومناقشة نتائج الدراسة الحالية ومقارنتها بها من أجل التعرف على أوجه الاختلاف والتشابه بينها.

الفصل الثاني: قصور الانتباه والطفل التوحدي.

تمهيد.

أولاً: قصور الانتباه.

ثانياً: الطفل التوحدي.

ثالثاً: قصور الانتباه لدى الطفل التوحدي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

لقد حظي موضوع اضطراب قصور الانتباه باهتمام الكثير من العلماء والباحثين وحتى الأولياء والذي يظهر في عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه لفترة طويلة في مهمة ما أو قد لا ينتبه إليها أبداً أو أنه ينتبه للأشياء التي يريدتها فقط، حيث نجد هذا الاضطراب ينتشر بكثرة خاصة في وسط فئة الأطفال الغير عاديين كأطفال التوحد بالدرجة الأولى، فالطفل التوحدي قد يعاني من ضعف في المهارات التي تتطلب الانتباه للآخرين وللأشياء وكل المثيرات مهما كان نوعها مما يسبب مشاكل ومعوقات عديدة ومختلفة. وعليه سنحاول من خلال هذا الفصل التعريف بهذا الاضطراب الذي لم تتحد معالمه بعد لأغلبية الناس رغم انتشاره خاصة عند الطفل التوحدي.

أولاً: قصور الانتباه

1- لمحة تاريخية عن قصور الانتباه

يعود الاهتمام باضطراب الانتباه إلى العهد اليوناني حيث أشار (Goldstein 1990) إلى أن الطبيب اليوناني جالين كان يصف الدواء للأطفال ذوي النشاط الحركي المفرط لتهدئتهم، وفي عام 1845م قام الطبيب الإنجليزي ستل Still بوصف اضطراب الانتباه والحركة المفرطة على أنه قصور غير عادي في التحكم بالذات وقد عزا ذلك إلى اضطرابات في المخ أو الوراثة أو إلى عوامل بيئية أو طبيعية أخرى، بين لاحظ ارتفاع نسبة هذه الإصابات بين الذكور أكثر من الإناث، وقد أوصى Still بعلاج هذه الحالات والإبقاء عليها داخل المصحات لحين استكمال العلاج، ومن الاحتمالات الأولى عن الأسباب الممكنة للإصابة باضطرابات نقص الانتباه ما توصل إليه (Tredgold 1908) حيث أوضح أن النشاط المفرط لدى الطفل يتصل اتصالاً مباشراً بتلف المخ العضوي، والذي نشأ كما في اعتقاده عن إصابات يتعرض لها المخ، أو الحرمان من الأكسجين أو مشاكل قد يتعرض لها الجنين قبل ولادته، أو إصابة عند الميلاد.

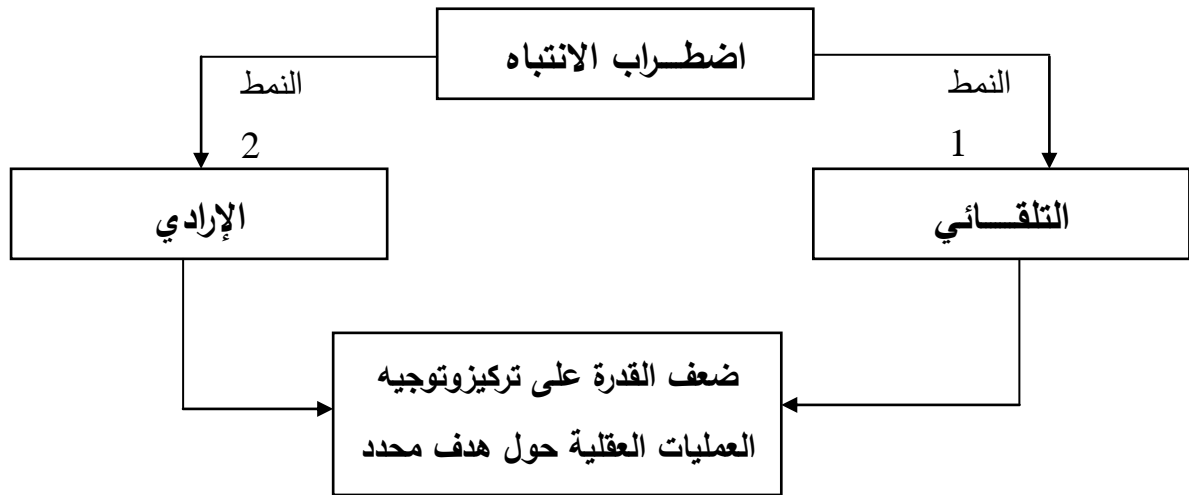
وحاول Childers عام 1935 التمييز بين خصائص الطفل ذوي اضطرابات الانتباه وخصائص الطفل الذي يعاني إصابة في الدماغ، فوجد أن عدداً محدوداً من الأطفال ذوي اضطراب الانتباه يعانون من إصابات في الدماغ.

وقد كان من بين الجرحى في الحرب العالمية الثانية العديد ممن أصيبوا في الدماغ مما نتج عنه ظهور حالات كثيرة من مشكلات الانتباه والأرق والسلوك الاندفاعي، وقد أشارت نتائج البحوث آنذاك إلى ارتباط هذه الاضطرابات بإصابات الدماغ، وفي عام 1937م استخدم Bradley عقار Benzedrine (وهو يستخدم لعلاج الصداع وزيادة معدل ضغط الدم) بغرض تحسين الأداء المدرسي لكثير من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، فلاحظ تحسنا ملحوظا في الانتباه بالإضافة إلى تحسن في الأداء في اختبارات الذكاء ولقد أدت هذه النتائج بالعديد من المختصين إلى التساؤل عن جدوى استخدام الأدوية المنشطة لعلاج اضطرابات الانتباه، وتبع ذلك إجراء العديد من البحوث والدراسات في هذا المجال (بن عري زكية، 2010، ص 34،35).

2-تعريف قصور الانتباه:

يعتبر مصطلح قصور الانتباه من المصطلحات التي ظهرت حديثا فقد تعددت تعاريفه نذكر منها:
تعريف الموسوعة الفلسفية (1960):

هو الاضطراب الذي يشمل كلا من الشكل التلقائي والإرادي للانتباه ويدور حول الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب.
والشكل التالي يوضح التحديد المفاهيمي لاضطراب الانتباه حسب الموسوعة الفلسفية:



الشكل (01) يوضح التحديد المفاهيمي لاضطراب الانتباه حسب الموسوعة الفلسفية

(فاطمة الزهراء حاج صابري، 2014، ص 149)

تعرفه ابتسام سطيحة (1997) بأنه: " مشكلات سلوكية نتيجة لقصور في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي وكذلك ضعف القدرة على التعامل مع الأقران (محمود فتوح محمد سعادات، دس، ص 27).

تعريفه حسب دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM.IV):

قصور الانتباه هو اضطراب يتسم بنشاط حركي مفرط، ولكن مستوى هذا النشاط الحركي المفرط يختلف من طفل لآخر، فقد تكون أعراض ضعف الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي لدى بعضهم (فاطمة الزهراء حاج صابري، 2014، ص 149).

يظهر من خلال تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSMIV) أنه ركز على:

_تلازمية اضطرابات النشاط الحركي المفرط بتدني الانتباه.

- تباين ظهور جملة من الأعراض من طفل لآخر.
- تفاوت ظهور أعراض ضعف الانتباه عن أعراض فرط الحركة.
- شدة ظهور جملة الأعراض السلوكية لقلة الانتباه مقارنة بأعراض فرط الحركة (فاطمة الزهراء حاج صابري، 2014، ص 149).

عرف أيضا بأنه: ضعف القدرة على التركيز والقابلية العالية للتشتت وضعف المثابرة وصعوبة نقل الانتباه من مثير إلى مثير آخر أو من مهمة إلى مهمة أخرى (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 183).

كما عرف بأنه: عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه لفترة زمنية طويلة مع سهولة تشتت ذهنه بالمثيرات الخارجية المحيطة به أثناء ممارسة الأنشطة (عيناد ثابت إسماعيل، 2017، ص 9).

كما عرف بأنه: قصر فترة الانتباه وسهولة تشتت الطفل حيث يجد الطفل المصاب بهذا الاضطراب صعوبة في التركيز فهو دائم الشرود ودائم النظر لمن حوله (أشرف سعد نخلة، 2013، ص 159)

من خلال التعاريف المعروضة نخلص إلى أن أغلب هذه التعاريف تؤكد أن قصور الانتباه اضطراب يصيب الأطفال ويؤثر على تركيزهم، كما يسهل تشتت انتباههم بمثيرات خارجية تعيقهم عن أداء مهامهم بشكل كامل وجيد ومن أهم مظاهر قصور الانتباه والتي تظهر لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب نجد فرط الحركة والاندفاعية.

3- انتشار اضطراب قصور الانتباه:

يعد قصور الانتباه الأكثر انتشارا وتوسعا بين الأطفال، حيث أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث للاضطرابات العقلية (DSMIII) المعدل الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي سنة 1987م أن معدل انتشار اضطراب قصور الانتباه بين أطفال المدارس هو 3% بينما يرى بعض الباحثين أن هذه النسبة منخفضة جدا، وأن معدل انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال يزيد عن 20% (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 180).

كما بينت نتائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى 10% من أطفال العالم، كما أن معدل انتشاره بين أطفال المدارس يصل إلى 4%-6% (السيد علي سيد أحمد وفاتقة محمد بدر، 1999، ص 35). هنالك اختلاف بين الباحثين حول نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه ولم يتم التوصل إلى اتفاق حول هذه النسبة على الرغم من أن هناك اتفاق حول مسبباته.

4-أسباب قصور الانتباه:

هناك عدة أسباب تقف وراء اضطراب قصور الانتباه نذكرها كما يلي:

1-الأسباب المتعلقة بالمخ:

وهذه الأسباب قد ترجع إما ل:

-وجود خلل في وظائف المخ: إن عملية انتباه الفرد لمنبه معين تنقسم إلى عدد من عمليات الانتباه وهي التعرف على مصدر المنبه، وتوجيه الإحساس للمنبه، ثم تركيز الانتباه، وكل عملية من هذه العمليات الانتباهية لها مركز عصبي بالمخ مسئول عنها، فاذا كان هناك خلل في وظائف أحد هذه المراكز العصبية فإن المعلومات التي يعالجها سوف تصبح مشوشة وغير واضحة وبالتالي فإن انتباه الفرد سوف يصبح مضطربا (السيد علي سيد أحمد وفاتقة محمد بدر، 1999، ص 36،37).

وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية التي تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب مكانيزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركي (السيد علي أحمد وفاتقة محمد بدر، 1999، ص 37-38).

- نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ: إن شبكية المخ عبارة عن قواعد كيميائية تمتد من جدد المخ حتى المخيخ وهي تعمل على تنمية القدرات الانتباهية لدى الفرد وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه من بين المنبهات الدخيلة.

أما إذا اختل نظام التنشيط الشبكي للمخ فإنه سوف يؤدي إلى اختلال وظائفه ولذلك يصاب الفرد باضطراب الانتباه (بن عربة زكية، 2010، ص 39).

- وإما لضعف النمو العقلي والذي يؤثر على الكفاءة الانتباهية لدى الأطفال فعندما يسير النمو العقلي بصورة طبيعية وفقا للمرحلة العمرية للطفل، فإن كفاءته الانتباهية تتحسن كلما زاد نموه العقلي، أما إذا كان نموه العقلي ضعيفا ولا يتماشى مع عمره الزمني فإن ذلك سوف يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن الانتباه. وبالتالي تظهر على الطفل أعراض اضطراب الانتباه (السيد علي سيد احمد وفاتحة محمد بدر، ص 39).

2- العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف المخ أو ضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه (محمود فتوح محمد سعادت، دس، ص 24).

3-العوامل البيئية: وتتمثل فيما يلي:

- **عوامل متعلقة بمرحلة الحمل:** قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة باضطراب الانتباه مثل تعرضها لقدر كبير من الأشعة، أو تناولها للمخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الحمل في الأشهر الثلاثة الأولى أو إصابتها ببعض الأمراض المعدية أثناء فترة الحمل كالحصبة الألمانية، الزهري، الجدري، السعال الديكي (محمود فتوح سعادت، دس، ص 25).

- **عوامل متعلقة بمرحلة الولادة:** وتتمثل فيما يلي:

- ضغط الجفت على رأس الجنين عند استخدامه في عملية الولادة خاصة في حالة الولادة المتعسرة.

- إصابة الجنين أو جمجمته أثناء عملية الولادة.

- إتلاف الحبل السري أثناء عملية الولادة وتوقف وصول الأكسجين إلى مخ الجنين (محمود فتوح محمد سعادات، دس، ص 25).

- عوامل متعلقة بمرحلة ما بعد الولادة: وتتمثل في:

- وقوع الطفل على رأسه من أماكن مرتفعة أو إصابته بارتجاج في المخ نتيجة تعرضه لحادث أو ارتطام رأسه بأشياء صلبة أو إصابته بأمراض معدية كالحمى الشوكية أو الالتهاب السحائي أو الحمى الرمزية (بن عربي زكية، 2010، ص 41،40).

- إصابة الطفل ببعض الأمراض كالحمى القرمزية مثلا تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسئولة عن الانتباه والتركيز (محمود فتوح محمد سعادات، دس، ص 25).

4-العوامل المتعلقة بالغذاء:

- تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدي إلى إصابته باضطراب الانتباه.

فقد أكد نوسباوم وبيجلر (Nssbaum and Bigler 1990) أن الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 42-43).

5- العوامل الاجتماعية:

هناك عدد من العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى قصور الانتباه منها:

- النزاع المستمر بين الوالدين.
- الصعوبات المالية والمتعب العائلية المختلفة.
- العسر الذي يجده الفرد في علاقاته الاجتماعية الأخرى (محمود فتوح محمد سعادات، دس، ص 23).

6-العوامل النفسية:

- انشغال فكر الفرد في أمور أخرى سواء كانت اجتماعية أو عائلية.
- الإسراف في التأمل الذاتي.
- قد يشكو الفرد من مشاعر أليمة بالنقص أو بالقلق (محمود فتوح محمد سعادات، دس، ص 22)

7- العوامل الجسمية:

- الإرهاق و التعب الجسمي.
- عدم النوم بالقدر الكافي.
- عدم الانتظام في تناول وجبات الطعام.
- سوء التغذية.
- اضطراب إفرازات الغدد الصماء (محمود فتوح سعادات، دس، ص 22).

8-العوامل الفيزيائية

- ضعف الإضاءة أو سوء توزيعها.
 - سوء التهوية
 - ارتفاع درجة الحرارة والرطوبة.
 - الضوضاء (محمود فتوح محمد سعادات، دس، ص 23).
- كل هذه الأسباب والعوامل تؤدي إلى شعور الطفل بالتعب والإرهاق وفقدان الحماس وبالتالي ضعف قدرته على الانتباه.

5-مظاهر قصور الانتباه:

- هناك جملة من الخصائص والمظاهر التي تدل على اضطراب قصور الانتباه والمتمثلة في:
- اللامبالاة وكثرة الوقوع في الأخطاء.
 - غالب ينسى الأنشطة اليومية.
 - لا ينصت عندما يتحدث إليه الآخرون (أسامة فاروق مصطفى، 2015، ص 158-159).
 - عدم إتباع التعليمات بدقة و بصورة كاملة.

- الفشل في الانتباه للتفاصيل (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 179).
- اضطرابات المزاج.
- انخفاض مفهوم الذات.
- انخفاض التحصيل الدراسي (سليمان عبد الواحد، يوسف إبراهيم، 2010، ص 185).
- فقدان أو نسيان الأشياء مثل: الأقلام، الكتب، الأدوات المطلوبة للتعامل مع المهام.
- عدم القدرة على العمل باستقلالية (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 180، 187).
- كثير الحديث دائم الثثرة.
- كثيرا ما يقوم بأنشطة وأفعال يلحقه من جرائها أدى كبير.
- كثير الحركة أثناء النوم (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 186، 187).
- الاحتفاظ بالاستجابة بشكل غير مناسب.
- الحركة الزائدة وهي عدم التمتع بالاتزان والاستقرار الانفعالي.
- الاندفاعية و عدم التروي في التعامل مع المثيرات مما ينجم عنه عواقب.
- الإجابة على السؤال قبل طرحه (ماجدة السيد عبيد، 2013، ص 69).
- صعوبة التركيز في المهمات والعجز عن إكمالها حيث لا يستطيع التركيز في مهمة لأكثر من بضع دقائق.
- الانتقال من مهمة لأخرى والفشل في إنجاز أية مهمة يقوم بها (عماد عبد الرحيم الزغول، 2012، ص 119).
- صعوبة في الذاكرة.
- يستغرق الطفل وقتا طويلا في إنجاز مهام بسيطة (أشرف سعد نخلة، 2013، ص 160).
- تجنب أو رفض الانخراط في مهام تتطلب جهدا عقليا متواصلًا.

- صعوبة تنظيم المهام و الأنشطة.
- غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (عامر، 2016، ص 197،198).
- نوبات غضب.
- صعوبة بالغة في الالتزام بالهدوء.
- يتصرف الطفل الذي يعاني من قصور الانتباه في الغالب بلا تفكير.
- دائما ما يقوم بأنشطة حركية مستمرة.
- يعاني من صعوبة في الانتظام وأخذ دوره في اللعب الجماعي.
- يعاني من صعوبة بالغة في البقاء في المقعد (ريما يسرى خضر وسعاد محمد خالد، 2007، ص 55-56).

6-أنواع قصور الانتباه:

هناك نوعان من اضطراب قصور الانتباه هما:

1-قصور الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد: ويتمثل هذا النوع في الجوانب التالية:

- عدم القدرة على الإصغاء لفترة طويلة.
- عدم القدرة على إنهاء المهام الدراسية.
- سهولة تشتت الأفكار.
- عدم القدرة على ضبط النفس.
- الاندفاع والتهور.
- صعوبة الاستمرار في نشاط واحد والتحول إلى أنشطة متعددة (عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، ص 94).
- الاندفاعية و التي يرافقها التصرف دون تفكير والتنقل بين النشاطات بصورة مفرطة.
- صعوبة تنظيم الأعمال والصراخ والحاجة إلى المزيد من الإشراف.

- النشاط الزائد والذي يوافقه محاولة تسلق الأشياء أو الدوران حولها وصعوبة الالتزام بالهدوء أو البقاء في مكان واحد.
- الحركة بكثرة أثناء النوم والقيام بأنشطة حركية مستمرة.
- صعوبة الاستمرار في أنشطة اللعب (أسامة محمد البطاينة ومالك أحمد الرشدان، 2009، ص 80).

2- قصور الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي زائد:

ويعتبر من مشكلات الانتباه البسيطة نظرا لعدم حدوث حركة زائدة عند الطفل ولأصحاب هذا النوع من قصور الانتباه نفس خصائص النوع الأول دون وجود حركة زائدة (أسامة محمد البطاينة ومالك احمد الرشدان، 2009، ص 80).

7- الاضطرابات المصاحبة لقصور الانتباه:

هناك بعض الاضطرابات الملازمة لقصور الانتباه نذكرها كما يلي:

1- الاضطرابات السلوكية:

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه خاصة السلوك العدواني، حيث يؤدي هذا السلوك المشكل لديهم إلى اضطرابات في علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي عجزهم عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم (السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 61).

2- الاضطرابات الانفعالية:

كثيرا ما يتلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة القلق والاكتئاب، ولقد بين بيدرمان وزملاؤه (Biederman.et al. 1991) أن هناك نسبة تصل إلى (75%) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لديهم اكتئاب، و(25%) منهم لديهم قلق عصبي. (بن عربي زكية، 2010، ص52).

3- اضطراب النوم:

ينتشر اضطراب النوم بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق فتتأثر كفاءتهم الانتباهية (بن عربي زكية، 2010، ص 53).

4- عدم القدرة على التوافق الاجتماعي:

الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يكون مندفعاً وعدوانياً وعنيفاً، ويرفض اتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع الآخرين، أو المتبعة في ممارسة نشاط معين كما يتسم بالطبع الشديد ولا يرضى بنصيبه ويتدخل في أنشطة الآخرين وحديثهم ويقوم ببعض السلوكيات الغير المرغوبة التي تؤذيهم دون أن يضع في اعتباره مشاعرهم وكل هذا يجعل المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرغبون في وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك في البيئة المدرسية أو المنزلية، ومن ثم فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً (السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر، ص 66).

8- تشخيص اضطراب الانتباه:

أشار دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV 1994) إلى الأعراض الرئيسية التي يتم على أساسها تشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ولكنه أكد أن هذه الأعراض لا بد أن تظهر على الطفل قبل التشخيص بستة أشهر متتالية على الأقل، كما أنها يجب أن تظهر قبل عمر سبع سنوات على أن يكون ظهورها في كل من البيئة المنزلية والمدرسية معاً، وهذه الأعراض كما يلي:

أولاً: ضعف القدرة على الانتباه:

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

1- يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل المنبه، لذلك يخطئ كثيراً في واجباته المدرسية والأعمال التي يقوم بها والأنشطة التي يمارسها.

2- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة على منبه محدد.

3- يجد الطفل صعوبة في عملية الإنصات.

4- لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات.

5- أعماله دائماً تخلو من النظام والترتيب.

- 6- يبتعد عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهودا عقليا سواء كانت تتعلق بالأنشطة التي يمارسها أو بالمواد الدراسية.
- 7- دائما ينسى الأشياء الضرورية التي يحتاجها سواء كانت خاصة بالناحية الدراسية مثلا: الكتب والأقلام والواجبات المنزلية.
- 8- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.
- 9- دائما ينسى الأعمال اليومية المعتادة التي يقوم بها (السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 56،57).

ثانيا: النشاط الحركي المفرط:

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

- 1- دائما يتلطم الطفل في المقعد ويتلوى بيديه ورجليه.
- 2- يظل يمشي ذهابا وإيابا في المكان الذي يوجد فيه وذلك بدون سبب أو هدف.
- 3- دائما يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثرا وغير منظم.
- 4- دائما يحدث ضوضاء ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء.
- 5- دائما يتحدث بكثرة.

ثالثا: الاندفاع

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

- 1- يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها.
- 2- دائما مستعجل ولا يستطيع انتظار دوره.
- 3- دائما يقاطع حديث الآخرين ويتدخل في أنشطتهم وأعمالهم (السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 58)

9-المشاكل التعليمية المصاحبة لقصور الانتباه

هناك مجموعة من المشكلات التعليمية التي تلازم قصور الانتباه و هي:

1-صعوبات التعلم:

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه حيث أن معظمها قد يرجع إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة أو لأنهم يعانون من اضطرابات اللغة (السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 81).

2-التأخر الدراسي:

من بين المشكلات التي تتجم عن إصابة الطفل باضطراب الانتباه وتؤدي إلى تأخره الدراسي ما يلي:

أ-ضعف القدرة على الفهم:

يعاني الأطفال المصابين باضطراب الانتباه من ضعف القدرة على فهم المعلومات التي يستقبلونها سواء كانت شفوية أو كتابية، فبالنسبة للمعلومات الشفهية أوضحت النتائج الحديثة أن المصابين بهذا الاضطراب لا يفهمون أكثر من 30% من المعلومات التي يستقبلونها، فالطفل لا يفهم إلا ثلث المعلومات التي يتلقاها خلال اليوم الدراسي، فرغم أن حاسة السمع سليمة إلا أن الجهاز العصبي يتصف بضعف القدرة على معالجة المعلومات المسموعة وربطها بالمعنى (بن عربي زكية، 2010، ص 55).

أما بالنسبة للمعلومات المكتوبة فإن الجهاز العصبي للطفل المصاب باضطراب الإنتباه لا يستطيع معالجة كل ما يستقبله من المعلومات المقروءة، لذا نجده يخطئ كثيراً في القراءة (السيد علي سيد احمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 73).

ب- الاستجابة الخاطئة:

ترجع الاستجابة الخاطئة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه إما لضعف قدرته على الفهم أو ضعف قدرته على التركيز، حيث لا تساعده العمليات العقلية على استدعاء المعلومات الضرورية التي يحتاجها من الذاكرة بعيدة المدى، لذا فمعظم استجاباته خاطئة عند القيام بالقراءة أو حل مسائل رياضية أو العمليات الحسابية (السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر، 1999، ص 75).

فالطفل يقوم بالاستجابة الخاطئة بسبب عدم قدرته على التحكم في جهازه العصبي وعملياته العقلية (بن عربية زكية، 2010، ص 56).

ج- كثرة النسيان:

من أهم سمات الطفل المصاب بقصور الانتباه كثرة النسيان، فتجده ينسى أدواته المدرسية، وينسى حل واجباته المدرسية ومراجعة دروسه والنتيجة انخفاض مستوى التحصيل الدراسي لديه وبالتالي يتأخر دراسياً (بن عربية زكية، 2010، ص 56).

د- شرود الذهن:

تتطلب العملية التعليمية من الطفل أن يركز انتباهه على المنبه الرئيسي وتجاهل المنبهات الأخرى، وهذا يشكل صعوبة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه، حيث يشتت انتباهه بسهولة ما يجعله لا يكمل أعماله (بن عربية زكية، 2010، ص 56).

هـ- نمط التفكير:

الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لديه قدرة ضعيفة على التفكير وهو غير مترابط، يشرذم ذهنه في مواضيع هامشية ولا يستطيع تركيز تفكيره على العمل الذي يقوم به مما يجعله مليئاً بالأخطاء (بن عربية زكية، 2010، ص 56).

و- الكتابة الرديئة:

نجد كتابة الطفل المصاب باضطراب الانتباه مليئة بالأخطاء اللغوية و الشطب والمحو حتى لو كان الطفل ينقل من كتاب أمامه (بن عربية زكية، 2010، ص 56).

ز- تجنب الموقف التعليمي:

يحاول الطفل المصاب باضطراب الانتباه الابتعاد عن المواقف التعليمية خاصة التي تحتاج إلى جهد عقلي وتفكير داخل حجرة الدراسة، وذلك بالقيام ببعض الأعمال التي تستغرق وقتاً طويلاً كمسح السبورة أو بري القلم، أو البحث عن أدواته، وإذا لم يستطع تجنب الموقف التعليمي فإنه يجلس في مقعده ويهيم بخياله إلى عالم آخر من أحلام اليقظة بعيداً عن العملية التعليمية (السيد على سيد أحمد وفانقة محمد بدر، 1999، ص 78).

-علاج قصور الانتباه:

من أهم الطرق العلاجية المتبعة لعلاج قصور الانتباه نذكر:

أ-العلاج الطبي

بما أن اضطراب الانتباه قد يرجع إلى اختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ أو نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ فإن العلاج الكيميائي هو الأنسب لهذه الحالة، وذلك لإعادة التوازن الكيميائي لهذه القواعد الكيميائية، وبالتالي رفع الكفاءة الانتباهية لدى الطفل وزيادة التركيز والتقليل من مستوى الاندفاعية والعدوان، والنشاط الحركي الزائد، وشروذ الذهن. (بن عربي زكية، 2010، ص 57).

ب- العلاج بالتغذية:

حيث تشير الدراسات والبحوث التي أجريت على استخدام العلاج الغذائي للأطفال ذوي قصور الانتباه إلى وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب الانتباه، وقد اعتمدت هذه الدراسات على انتقاء عينات من الأطفال الذين لديهم حساسية للتغذية وأظهرت هذه الدراسات نتائج إيجابية لتأثير التغذية على اضطرابات الانتباه (بن عربي زكية، 2010، ص 59).

ج- العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة في علاج قصور الانتباه لدى الأطفال ويعتمد الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم، حيث يقوم المعالج بتحديد السلوك غير المرغوب وتعديله بسلوك مرغوب من خلال تدريب الطفل عليه في مواقف تعليمية، واكتساب مهارات التخطيط وحل المشكلات وضبط أو تنظيم الذات التي يفتقر إليها الطفل (بن عربي زكية، 2010، ص 58-59).

د-العلاج النفسي:

إن اضطراب الانتباه يجعل الطفل وعائلته عرضة لبعض الاضطرابات النفسية إذ يشعر الطفل بالفشل والوحدة النفسية والقلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات الانفعالية، كما أن الوالدين يشعرون بالتوتر والضغط النفسية نتيجة سلوك طفلهم المضطرب (بن عربي زكية، 2010، ص 59).

ويعد هذا النوع من العلاج من أكثر طرق العلاج نجاحا ويشمل هذا النوع من العلاج تحليلا يبنى على:

قيم الطفل النفسية وصراعاته الداخلية التي توجد بين أجزاء الشخصية أو بينها وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة ويتم علاجه باللعب ويتم العلاج أيضا في إطار مجموعة من الأطفال حيث

تستخدم المجموعة لبناء وتنمية السلوكيات المرغوبة بواسطة نقد المجموعة لها ومساعدتها (أشرف سعد نخلة، 2013، ص 160).

هـ-العلاج التربوي:

يلزم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بعض صعوبات التعلم ويمكن أن يكون سبب أو نتيجة في هذه الحالة يحتاج الطفل إلى خطة تعليمية خاصة، إذ يجب أن تكون حجرة الدراسة العادية مجهزة بطريقة خاصة ويكون موقعها بعيدا عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه البصري أو السمعي، وتكون الإضاءة والتهوية مناسبة ويشعر الطفل بالراحة عند الجلوس لأن الجلوس غير المريح يجعل الطفل يشعر بالقلق مما يؤدي إلى زيادة حركته. إضافة إلى أن الطفل يجب أن يدرس بطريقة فردية ويقوم بذلك معلم آخر غير الذي درسه في اليوم الدراسي العادي لتدعيم المعلومات، وتنويع الموقف التعليمي. (بن عربة زكية، 2010، ص 60).

ثانيا : الطفل المتوحد

1-البدايات التاريخية للتوحد:

يعتبر طبيب النفس الأمريكي "ليوكانر" أول من أشار إلى "إعاقة التوحد" عام 1943 كمتلازمة تتميز بمجموعة من الموصفات تتمثل في العزلة، عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، اضطرابات اللغة، السلوكيات المتكررة والأنشطة المحدودة (Mireille Iemahieu, 2008, P4). وقد كان يقوم بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بالولايات المتحدة الأمريكية (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 215)، حيث لاحظ وجود أحد عشر طفلا مضطربا يتصرفون بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي وقد سمى "كانر" تلك الأعراض باسم الذاتوية الطفلية الباكرا early infantile autism لأنه لاحظ وحدة ذاتوية متطرفة تغلق الباب أمام أي شيء يأتي للطفل من الخارج، وقد اعتبر "ليوكانر" الوحدة الذاتوية أكثر الأعراض أساسية ولكن وجد أيضا أن أولئك الأطفال عاجزين منذ بداية حياتهم عن التواصل مع الآخرين بالطرق المعتادة وكانوا محدودي اللغة ولديهم رغبة حوارية كبرى أن يظل كل شيء حولهم كما هو دون تغيير. (محمد احمد خطاب، 2009، ص9).

وعلى الرغم من أن "ليوكانر" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينيات، إلا أن الاعتراف بها كفئة تصنيفية مستقلة بذاتها يطلق عليها مصطلح التوحد Autism لم يتم إلا مؤخراً، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي Infantile Schizophrenia وذلك وفق ما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الثانية (DSM2)، لكن حين نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية (DSM.3R) والتي فرقت بوضوح بين الفصام والتوحد، حيث اشترط هذا الدليل لكي يتم تشخيص الطفل ضمن فئة التوحد يجب توفر ما يلي:

- 1- ظهور الأعراض في الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل.
 - 2- اضطراب شامل في الاستجابة للمجتمع المحيط.
 - 3- قصور شديد في تطور اللغة.
 - 4- إذا ما استطاع الطفل النطق فهناك نمط محدد للنطق مثل: التردد الآلي أو التردد المتأخر أو خلط في استعمال الضمائر.
 - 5- انفعال شديد وغير متوازن لتغيرات الجو والمحيط والميل إلى الحيوانات والتعلق الشديد بالأشياء.
 - 6- لا يمكن الحصول على تخیلات وتصورات وهلوسة في التوحد.
- ومنذ هذه اللحظة أصبح الاتفاق يكاد يكون مؤكداً على أن التوحد أحد اضطرابات الجهاز العصبي ولا يعد أحد أشكال التخلف العقلي، كما أنه ليس مرضاً معدياً. (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 216-217).

2- تعريف الطفل التوحدي:

أ- تعريف التوحد:

لقد تعددت تعاريف التوحد نذكر منها:

عرفه الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع (DSM-IV) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية American psychiatric Association أنه: اضطراب نمائي شامل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي لدى الطفل. (الزراع، 2010، ص 29).

كما عرف بأنه: إعاقة تطويرية تظهر دائما في الثلاث سنوات الأولى من العمر وذلك نتيجة الاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ وتسبب ضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي وضعف التواصل الاجتماعي وأنشطة اللعب التخيلي.

ب-تعريف الطفل التوحدي:

عرف الطفل التوحدي بأنه: ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، والاستغراق بالتفكير مع ضعف في الانتباه وضعف في القدرة على التواصل مع الآخرين كما يتميز بنشاط حركي زائد ونمو لغوي بسيط (عبد العزيز ابراهيم سليم، 2011، ص 221).

كما عرف "Wolf" الأطفال التوحديين بأنهم أطفال ينقصهم الاتصال الانفعالي والاتصال اللغوي مع شدة في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمعون إضافة على شدة في اللعب التخيلي والنمطية والتقوالب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة (عبد الفتاح علي غزال، 2012، ص 56).

كما عرف الطفل التوحدي بأنه: طفل منسحب بشكل متطرف، وقد يجلس الأطفال التوحديون يلعبون لساعات بأصابعهم أو بقصاصات الورق وقد بدا عليهم الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالهم (محمد احمد خطاب، 2009، ص 13).

على الرغم من وجود اختلافات بين الباحثين في تعريف التوحد والطفل التوحدي إلا أنهم ركزوا على العديد من المظاهر السلوكية التي يتفرد بها الأطفال التوحديون وهذه المظاهر هي:

-أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.

-أنه اضطراب يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره.

-أنه انشغال بالذات دون الاهتمام بالآخرين.

3-نسبة انتشار اضطراب التوحد:

يحدث الاضطراب التوحيدي بمعدل 4 مرات اكثر في الذكور من الإناث ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن في ظهوره عند الذكور أكثر من الإناث، ولكن أثبتت الأبحاث أن في حالة إصابة الإناث تكون إعاقتهن أكثر صعوبة وخطرا وتكون درجة ذكائهن منخفضة جدا عن غير الذكور الذين في مثل حالتهم (عبد الفتاح علي غزال، 2012، ص61).

كما يرى بعض الباحثين أن الإحصاءات العالمية تشير إلى ظهور (4-5) حالات توحد في كل (10) آلاف مولود، وقد ترتفع إلى حالة واحدة لكل (1000) مولود حسب التوسع في الصفات أثناء التشخيص ويظهر في كل الأطفال بغض النظر عن الجنس أو اللون أو المستوى الاجتماعي والتعليمي والثقافي للأسرة ويظهر في الإناث أقل من الذكور بنسبة (1-4) وتظهر أعراض التوحد واضحة بعد (30) شهرا تقريبا.

كما ذكر "طارش الشمري" أن عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المصاحبة له حوالي 20 طفل لكل 10000 طفل.

كما أشار التقرير السنوي الأمريكي أن إعاقة التوحد تحدث بمعدل حالة واحدة لكل 166 مولود (عبد العزيز إبراهيم سليم، 211، ص 229).

على الرغم من وجود اختلافات بين الباحثين في مختلف أنحاء العالم في تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد نظرا لعدم وجود أسباب محددة لهذا الاضطراب إلا أنهم اتفقوا جميعا أن نسبة إصابة الإناث بالتوحد أقل من نسبة إصابة الذكور بحالة واحدة للإناث مقابل 4 حالات من الذكور.

4-أسباب التوحد:

هناك عدة أسباب تقف وراء إصابة الأطفال بإعاقة التوحد نذكر منها:

1-أسباب نفس ديناميكية:

هنا يتم التأكد من الجانب النفسي والتفاعل بين الوالدين والطفل ومن بين هذه الأسباب نذكر:

- رفض الأم للطفل وعدم توفير الحب والرعاية منذ الشهور الأولى.

- الآباء من النوعية التي ليس لها ميول اجتماعية.
- انشغال الوالدين بأمور تستدعي التأمل والتفكير وانصرافهم عن الاهتمام بطفلهم (احمد نابل الغرير وبلال أحمد عودة، 2009، ص 53-54).

2-أسباب وراثية:

- خلل الكروموسومات ويسمى كروموسوم (FRAGILEX).
- ظروف الرحم أيضا تسبب التوحد خاصة بين التوائم.
- تغير الجينات الوراثية أيضا يسبب التوحد(أحمد نابل الغرير وبلال أحمد عودة، 2009، ص55)

3-أسباب عضوية:

- أثبتت الدراسات أن أطفال التوحد يعانون من قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي ومنها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي تؤثر على الجنين منها:
- إصابة الأم بالحصبة الألمانية.
- قصور التمثيل الغذائي.
- حالات تصلب الغذائي.
- تعرض الأم لأشعة X خلال الأشهر الثلاثة الأولى.
- تعاطي الأم المضادات الحيوية القوية في الأشهر الثلاثة الأولى.
- إصابة الأم بالأمراض الزهريّة.
- التهاب السحايا.
- اضطراب الغدد الصماء.
- حدوث رشح شامل في الرحم (أسامة فاروق مصطفى، 2015، ص 254).

4-أسباب بيئية:

-إصابة الأم بالفيروسات وبعض الأمراض المعدية.

- تعرض الأم الحامل للمواد الكيميائية السامة.

- المشكلات التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل والولادة (أسامة فاروق مصطفى، 2015، ص 254).

وهناك أسباب توصل إليها "كانر" (Kanner 1993) نذكرها:

-الاستعداد البنائي لنمو الأنا بطريقة خاطئة.

- المناخ الانفعالي المرضي الذي يحصل عليه الطفل من الوالدين (عبد الله حسين الزعبي، 2014، ص 25).

على الرغم من تعدد الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بإعاقة التوحد حسب الدراسات والأبحاث في مختلف أنحاء العالم إلا أنه لم يتم الاتفاق حول الأسباب الحقيقية لهذه الإعاقة فسبب ما قد يؤدي إلى التوحد لدى البعض ولكنه لا يؤدي إلى التوحد لدى البعض الآخر.

4-خصائص الطفل التوحدي:

هناك جملة من الخصائص التي تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال نذكرها:

- صعوبات في فهم الكلام.
- صعوبات التحدث.
- مشاكل في فهم الأشياء المرئية (بطرس حافظ بطرس، 2007، ص 174،175).
- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي.
- نوبات الغضب(عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 234،236).
- مقاومة التغيير.
- السلوك العدواني وإيذاء الذات.
- عدم إدراك المخاطر.
- الضحك والقهقهة دون سبب (محمد عدنان عليوات، 2007، ص 44)
- الانعزال الاجتماعي.

- عدم القدرة على التحكم في الإخراج (بطرس حافظ بطرس، 2007، ص 176، 177).
- القصور الحسي.
- القصور في السلوك التوافقي. (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 237، 238).

وقد وصف "كانز" تسع خصائص مشتركة بين الأطفال المتوحدين وهي:

- انعزالية مفرطة.
- تأخر و انحراف في اللغة.
- حساسية مفرطة اتجاه المؤثرات الخارجية.
- الرفض الشديد للتغيير.
- محدودية النشاط العفوي والتلقائي.
- قدرات إدراكية فائقة.
- مظهر جسدي طبيعي.
- عائلات تتميز بمستويات ذكاء مرتفعة. (عبد الله حسين الزعبي، 2014، ص 22).

6-أنواع التوحد:

- 1- التوحد التقليدي classical Autism
- 2- اضطراب اسبرجر Disorder Asperger's
- 3- اضطراب ريتز Disorder Rett's
- 4- الإضطراب التفككي Disorder Disintegrative
- 5- اضطراب نمائي غير محدد PDD-NOS (عبد العزيز إبراهيم سليم، 2011، ص 222).

7-المشاكل المصاحبة للتوحد:

هناك مجموعة من المشاكل المصاحبة للتوحد نذكر منها:

- الإعاقات العقلية.
- السلوك الحسي غير الاعتيادي.

- ضعف السمع.
- التشنجات العصبية.
- متلازمة الكرموسوم الهش.
- المشاكل الهضمية.
- مشاكل النوم. (حازم رضوان آل إسماعيل، 2011، ص 21-23).

8- تشخيص التوحد:

يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال:

- 1- الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة اختصاصي غالبا ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات.
- 2- دراسة تاريخ نمو الطفل بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين والأشخاص المقربين.
- 3- لا بد أن يمر تشخيص التوحد على عدد ن الأخصائيين منهم: طبيب أطفال - أخصائي أعصاب المخ - طبيب نفسي حيث يتم هنا عمل تخطيط المخ والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد وجود أي مرض عضوي .

وإذا اجتمعت 3 أنواع من السلوكيات سويا لدى الطفل يتم تشخيصه بالتوحد وهناك بعض المراكز العلمية طورت نماذج تحتوي على أسئلة تشخيصية للحصول على أكثر المعلومات وتاريخ الطفل وأسرته منذ حدوث الحمل وحتى تاريخ المقابلة التشخيصية لكي يتسنى لهم التشخيص الصحيح (محمد عدنان عليوات، 2007، ص 9، 10).

أدوات تشخيص التوحد:

- 1- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS):

ينسب إلى "إيريك سكوپلر" Eric-schopler في أوائل السبعينات ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به (15) درجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

- علاقته بالناس.
- التعبير الجسدي.
- التكيف مع الغير.
- استجابة الاستماع لغيره.
- الاتصال الشفهي.

وحسب هذا المقياس فإن الأطفال الذين بلغت درجاتهم (30) أو أكثر يصنفون على أنهم توحديون وينقسمون إلى مجموعتين:

أ- الذين تتراوح درجاتهم ما بين (30-60) درجة يصنفون على أن لديهم توحدا بدرجة بسيطة إلى متوسطة.

ب-الذين تتراوح درجاتهم ما بين (60-73) درجة يصنفون على أن لديهم توحدا بدرجة شديدة (أسامة فاروق، مصطفى، 2015، ص 261،262).

2- قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهرا (Chat):

تنسب إلى العالم سيمون "بارون كوهين" si mon Baron Cohen في أوائل التسعينات وهي لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن (18) شهرا ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين : القسم الأول يعده الآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج (أسامة فاروق مصطفى، 2015، ص 262) .

3-استطلاع الرأي: وهو مكون من (40) سؤالا لاختبار الأطفال في سن (4) أعوام وما يزيد عن ذلك لتقييم مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي (أسامة فاروق مصطفى، 2015، ص 262).

4-اختبار التوحد للأطفال في سن عامين:

وضعه "ويندي ستون" Wendy Stone يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاثة مستويات التي تتضح في حالات التوحد: اللعب، التقليد والانتباه المشترك (أسامة فاروق مصطفى، 2015، ص 262).

5- القائمة الشخصية للتوحد:

يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال، ولا يوجد بند حاسم بشكل جوهري لوحده، وفي حالة أن طفلاً أظهر (7) أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيصنا للتوحد يجب أن يأخذ في الاعتبار بصورة جادة.

- يتصرف الطفل كأنه أصم.

- يقاوم التعليم.

- يقاوم تغيير الروتين.

- ضحك و قهقهة غير مناسبة.

- لا يبدي خوفاً من المخاطر.

- يشير بالإيماءات.

- لا يحب العناق.

- فرط الحركة.

- انعدام التواصل البشري.

- تدوير الأجسام واللعب.

- ارتباط غير مناسب بالأجسام و الأشياء.

- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.

- أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر (محمد عدنان عليوات، 2007، ص 13، 14).

9- علاج التوحد:

من أهم الأساليب العلاجية المتبعة في علاج التوحد نذكر:

1-العلاج الإكلينيكي: وذلك من خلال:

- تنمية مهارات واستعدادات الطفل التوحدي للتعلم، فمن خلالها يمكن تعليم الطفل أن يجلس على الكرسي، ويحضر الأدوات اللازمة لأداء مهمة ما، أو استخدام الحمام، وتعتمد غالبية البرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال على إجراء تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين.

- تقديم برامج للطفل التوحدي تعتمد على الجانب الاجتماعي من خلال التشجيع والتعلم والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة مع المحيطين به ما ينمي لديه مهارات التواصل الاجتماعي.

- تدعيم وتشجيع أطفال التوحد في منازلهم ومدارسهم ومجتمعاتهم (وليد السيد خليفة وسريناس ربيع وهدان، 2014، ص 34،35).

2-العلاج بالأدوية:

يعمل الأطباء على وصف العقاقير الطبية للتخفيف من بعض الأعراض المرافقة للتوحد، وتشتمل هذه الأعراض على إيذاء الذات والسلوك العدواني والنشاط الزائد والاكتئاب، ومن بين العقاقير الطبية التي يمكن وصفها نذكر:

1-العقاقير المضادة للذهان وهي ما تعرف أيضا بالعقاقير المهدئة الرئيسية وتستخدم أحيانا لعلاج العدوان الشديد وإيذاء الذات والتهيج ومن هذه العقاقير: الميلاريل، الهاليدول، والثورانين.

2-العقاقير المضادة للتشنجات وهي تقدم عادة لضبط النوبات التشنجية وتشمل: التحرطول، والديباكوت، والديلاننتين.

3-العقاقير المضادة للقلق وهي تشمل: الفاليوم، والليبريوم، والتوقرانيل، والإيلافيل.

4-العقاقير المنشطة وهي تقدم لعلاج النشاط الزائد ومشكلات التشنج وعدم القدرة على التركيز وتشمل: الريتالين، والدكسدرين (أحمد نايل العزيز وبلال أحمد عودة، 2009، ص 165).

3-العلاج بالغذاء:

أ-الحمية الغذائية:

يلعب الغذاء والحساسية دورا بالغا في حياة الطفل التوحدي، لأن الحساسية أو عدم التحمل للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات، مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك.

ومن بين المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية نذكر: السكر، الحليب والقمح، الشكولاتة، الدجاج، و البندورة وبعض الفواكه، إضافة إلى مواد اصطناعية المضافة إلى الطعام والمواد الكيماوية والعمور والرصاص والألمنيوم.

وليكون العلاج ناجحا لابد من معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية والحد إلى أقصى درجة من المواد الغذائية غير الطبيعية (احمد نايل العزيز وبلال احمد عودة، 2009، ص 166).

ب- العلاج بالفيتامينات:

توصل الباحثون أن الجرعات الكبيرة من فيتامين (ب-6) باريدوكسين عندما يقدم معها المغنزيوم وفيتامينات ومواد معدنية أخرى تنجح في معالجة (45-50%) من الأطفال الذين يعانون من التوحد.

الهدف من العلاج بالفيتامينات هو تحسين السلوك وجعل عملية التمثيل الغذائي في جسم الطفل التوحدي طبيعية، كما أثبتت الدراسات أن فيتامين (ب-6) يجعل الموجات الدماغية طبيعية ويسيطر على النشاط الزائد ويحسن السلوك العام، كما يعمل على تحسين الكلام، وتحسين أنماط النوم، وتخفيف القابلية للتهيج وتحسين مستوى الانتباه، وزيادة مستوى الدافعية للتعلم، وتخفيف مستوى إيذاء الذات. (أحمد نايل العزيز وبلال احمد عودة، 2009، ص 166، 167).

4-العلاج بالإبصار:

وهو عملية إعادة تدريب جهاز المستقبلات البصرية حتى تعمل بأقصى كفاءة، يتم وصفها عن طريق المعالج البصري، ويقوم بهذا النوع من العلاج أخصائيو قياس بصري سلوكي حصلوا على تدريب بعد شهادة الدكتوراه في هذا المجال على خلاف تصحيح مشاكل انكسار الضوء داخل العين التي قد تستدعي استعمال عدسة خاصة لذلك يجب البدء بعمل تقييم شامل يستغرق من (45-60) دقيقة، والعلاج المقدم بواسطة أخصائي القياس البصري السلوكي يجب أن يتضمن استعمال عدسات تطويرية. (وليد السيد خليفة وسريناس ربيع وهدان، 2014، ص36).

ثالثاً: قصور الانتباه لدى الطفل التوحدي

1- تعريف قصور الانتباه لدى الطفل التوحدي:

هو عدم قدرة الطفل التوحدي على تركيز انتباهه لفترة طويلة في مهمة ما، كما أنه يركز انتباهه على مثيرات معينة، ويهمل باقي المثيرات الأخرى أي أنه ينتبه للأشياء التي يريدها فقط.

2 - مواصفات طفل التوحد الذي يعاني من قصور الانتباه:

هناك مجموعة من الصفات التي تدل على أن الطفل التوحدي يعاني من قصور في الانتباه نذكر منها:

- عجز في تقسيم الانتباه بين الشيء الذي يريده والشخص الذي يطلب إليه ذلك الشيء.

- عجز عن فصل الانتباه بشكل كامل ثم إعادته بسرعة إلى بؤرة جديدة.

- فشل في تكوين الانتباه المترابط أو المشترك والمحافظة عليه ما يؤدي إلى فشل في تقاسم الخبرات مع الآخرين.

- صعوبة تشغيل الانتباه أي أن الطفل التوحدي لا يستطيع تعديل انتباهه من مثير إلى آخر ولو حدث ذلك فإنه يتم بصورة بطيئة جداً وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر ردود الفعل لديه. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2012، ص 168، 169).

- عدم قدرة الطفل التوحدي على إدراك المعنى الكامن وراء المهمة التي يمارسها وعدم إلمامه بالكيفية المستخدمة في تفسير المعنى (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2012، ص 170).

- الانتباه للأجزاء بدلاً من النظرة الكلية للمهمة أو الموقف. (أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشربيني، 2011، ص 92).

- لديه صعوبات في ما يعرف بالانتباه البصري-المكاني، والذي يشتمل على ثلاثة عمليات رئيسية وهي: فصل الانتباه عن الهدف الحالي، تحويل الانتباه إلى موقف أو هدف جديد، وأخيراً ربط الانتباه بذلك الموقف المستهدف. وأطفال التوحد لديهم مشكلات أو خلل في هذه العمليات الثلاثة، فقد أكدت دراسة كاسي وآخرون 1993 casay et al أن أطفال التوحد يعانون من إعاقة في قدرتهم على فصل الانتباه

من موقع مكاني إلى آخر وخاصة عند التحول من اليمين إلى اليسار، كما أكدت وجود صعوبة كبيرة في تحويل موقع الانتباه من الجانب الأيسر للفراغ لدى أطفال التوحد.

-يعاني من تمزق إدراكي وسعة محدودة للغاية.

- عجز عن قراءة معلومات الإشارات التي تدل على الانتباه(محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2012، ص 171،172).

وبشكل أكثر تحديدا فقصور الانتباه لدى الطفل التوحيدي يظهر في:

-ضعف القدرة على توجيه الانتباه.

-محدودية القدرة على الإتيان بالانتباه المترابط.

- انعدام القدرة على تركيز الانتباه لفترة طويلة.

- العجز في تفعيل الانتباه التلقائي والانتقائي للمثيرات المتعددة.(محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2012، ص 171).

3- أسباب قصور انتباه الطفل التوحيدي:

تشير نتائج دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al 1997) أن قصور الانتباه لدى الطفل التوحيدي يرجع لعدة أسباب وهي:

- الصعوبات في تحويل الانتباه من الممكن أن تكون ثانوية للاضطراب الوظيفي في أبنية الدماغ

أو في توجيه الاستجابة الانفعالية أو في جدع المخ.

- وجود خلل أو إصابة أو تلف في مركز جدع أو ساق المخ وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال

عمليات الاستثارة والانتباه والنوم (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2011، ص 93)

كما يرجع قصور الانتباه لدى أطفال التوحد إلى مجموعة من العوامل الفسيولوجية والتي تشمل:

-الاستثارة الزائدة المزمنة.

-قصور في تعديل الاستثارة.

- إمكانيات المخ الشادة المرتبطة بالحدث.
 - العجز عن التحديد المكاني للمثيرات المستهدفة.
 - قصور في قدرة الطفل التوحدي على التحول السريع الملاحظ في حالات التحول بين القيود الحسية.
 - قصور في عمليات الانتباه الانتقائي غير الكافية والتي ترجع إلى قصور في الانتباه البصري وفي الاضطرابات النمائية الشاملة في الانتباه الموزع أي قصور بين القنوات البصرية وبين الخواص البصرية.
- (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2011، ص 94).

خلاصة الفصل:

مما سبق عرضه في الفصل الأول حول قصور الانتباه و الطفل التوحدي نصل إلى أنه من بين خصائص الطفل المتوحد ضعف الانتباه و قصوره الذي يعتبر حالة مزمنة تتسم بالاندفاعية والنشاط الحركي الزائد نتيجة عجز وظيفي على مستوى المخ، ويصاحب قصور الانتباه عدد من الاضطرابات الأخرى كالاضطرابات السلوكية والانفعالية وغيرها، والتي تؤثر بشكل كبير على سلوك الطفل التوحدي وعلى توافقه الاجتماعي مع المحيطين به إضافة إلى مشكلات تعليمية تنعكس أثارها على أداء الطفل سواء في البيت أو المدرسة.

الفصل الثالث: الاحتراق النفسي.

تمهيد.

1. لمحة تاريخية عن الاحتراق النفسي
 2. تعريف الاحتراق النفسي
 3. أبعاد الاحتراق النفسي
 4. خصائص الاحتراق النفسي
 5. أسباب الاحتراق النفسي
 6. أعراض الاحتراق النفسي
 7. مؤشرات الاحتراق النفسي
 8. مراحل الاحتراق النفسي
 9. مستويات الاحتراق النفسي
 10. النظريات المفسرة للاحتراق النفسي
 11. النماذج المفسرة للاحتراق النفسي
 12. قياس الاحتراق النفسي
 13. آثار الاحتراق النفسي
 14. علاج الاحتراق النفسي
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعد موضوع الاحتراق النفسي من المواضيع الأكثر اهتماما في الأبحاث العلمية والنفسية والاجتماعية وهذا نظرا لارتباطه بالصحة النفسية للفرد فكثيرا ما نجد العاملين في المهن الاجتماعية والإنسانية كالمربين يتعرضون له نتيجة تراكم مختلف الضغوط النفسية وزيادة الأعباء الملقاة على عاتقهم وهم يؤدون مهمتهم حيث يصبحون غير قادرين على القيام بدورهم وواجباتهم ومع تقدم الزمن وزيادة القلق والتوتر والمشاكل وانطفاء شعلة الحماس للعمل يقعون في عراك ما يسمى بالاحتراق النفسي .

وفي فصلنا هذا سوف نتناول هذا الموضوع من عدة جوانب من خلال تعريفه والتعرف على مختلف أبعاده ومؤشراته وأسبابه وأعراضه وغيرها من النقاط التي سوف نثرينا حوله.

1- لمحة تاريخية حول الاحتراق النفسي:

"يعد الاحتراق النفسي من الظواهر التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين في المجال العلمي والنفسية والاجتماعي وهذا نظرا لارتباطه بالصحة النفسية للفرد، وقد أشير إليه بعدة مصطلحات تختلف باختلاف الفترة الزمنية وباختلاف المختصين.

في عام 1882م اهتم الطبيب الإنكليزي "توك دانيال هاك" (TUKE DANIEL HACK) بالاحتراق النفسي وأشار إليه بمصطلح "الإرهاق" (LE SURMENAJE) ثم جاء بعده عالم الاجتماع والنفس والفلسفة الأمريكي "بارك روبرت" (PARK ROBERT EZRA) سنة 1934 وأطلق عليه اسم "الإعياء الصناعي" (INDUSTRIAL FATIGUE AND) وذلك في مقاله INDUSTRIAL FATIGUE AND GROIP MORALE الذي تم نشره في المجلة العلمية الأمريكية كما استخدم كل من "هانز سيلي" HANS SELEYE سنة (1936) و "والتر كانون" (WALTER CANNON) سنة 1942 مصطلح STRESS "توتر" وذلك للدلالة على حالة نفسية مرضية مرتبطة بالوضعية المهنية .

إن مفهوم الاحتراق النفسي كمصطلح علمي لم يستعمل إلا حديثا بينما أشير إلى أعراضه في العديد من الأبحاث ففي الحرب العالمية الأولى والثانية كان يستخدم مصطلح "تعب المعارك" وذلك للدلالة على أعراض مشابهة لأعراض الاحتراق النفسي، كما استخدم طبيب الأمراض العقلية الفرنسي "كلود فال" CLAUD VEIL سنة (1959) مفهوم الاحتراق النفسي ووصفه كحالة إنهاك المهني الناتج عن بذل

مستمر ومتوالي للجهد في العمل تحت وطأة مجموعة من الضغوط الداخلية والخارجية" (هاري أحلام، 2014، ص 32-33)، ويعتبر "جراهم سين" (GRAHEM CEEN) أول من تطرق إلى المعنى العام للاحتراق في قصته سنة 1960 م التي عرض فيها حالة مهندس معماري يعاني من الاحتراق النفسي، وبحلول سنة 1974 أخذ موضوع الاحتراق النفسي يتخذ قيمته العلمية على وجه التحديد في الدراسات الطبية بفضل الطبيب "فرويدنبرجر" H.FREUDENBE وفريقه في عيادته بالولايات المتحدة الأمريكية، وبعد ذلك أخذت البحوث في التنوع في تشخيص وقياس الأعراض المشكلة للاحتراق فتوصلت مثلا "كريستينا مسلاش" (C.MASLACH.1976) إلى وضع مقياس للاحتراق النفسي يرمز له ب(BMI) أي MASLACH BURNOUT INVENTORY وفي سنة "1980" قدم "شريس (CHERNISS) مقارنة متعددة الأبعاد (نفسية، علائقية، بيئية، تنظيمية) لتشكيل الاحتراق النفسي.

وأخيرا يمكن القول أن ظاهرة الاحتراق النفسي لقيت اهتماما بارزا في الدراسات السيكولوجية على مدى السنوات الأخيرة وذلك نظرا لما تسببه من آثار سلبية تؤدي إلى سوء التوافق حيث يتعرض العاملون لأسباب متعددة إلى بعض الظروف التي لا يستطيعون التحكم فيها مما يحول دون قيامهم بدورهم بشكل فعال الأمر الذي يساهم في إحساسهم بالعجز عن القيام بالمهام المطلوبة منهم (نبيل منصور، 2011، ص 49، 50).

2- تعريف الاحتراق النفسي:

" الاحتراق النفسي هو الاستنفاد العاطفي أو الانفعالي وفقدان الاهتمام بالآخرين وهو الانسحاب النفسي كما أنه مفهوم مرادف للاغتراب أو حالة من التعب والإجهاد العقلي والجسمي والانفعالي، تتميز بالتعب المستمر واليأس والعجز وتطوير مفهوم ذات سلبي واتجاهات سلبية نحو العمل والناس والحياة (جاجات جمعة الخالدي ورشيد حسين أحمد البروي، 2013، ص 48).

كما يعرف أيضا بأنه: الإرهاق العاطفي والتقليل من الإنجاز الشخصي وهو ناتج عن ضغوط التعامل على نطاق واسع مع البشر الآخرين حيث يشعر فيه الفرد بالاستنزاف والاستهلاك و الافتقار إلى الطاقة الكافية لمواجهة عمله، CHRISTINA MASHLACH, PROLOGUE BY PHILIP G.ZIMBARDO, 2015, (P25).

عرفه فرويدنبرجر FRUDENBERGER

بأنه حالة إنهاك تحصل نتيجة الإعياء والمتطلبات الزائدة والمستمرة الملقاة على الأفراد على حساب طاقاتهم و قوتهم (على عبد الرحيم صالح، 2014، ص15).

وعرفته ماسلاش وجاكسون (1981)

بأنه حالة من التعب والإجهاد العقلي والجسمي والانفعالي تتميز بالتعب المستمر واليأس والعجز وتطوير مفهوم ذات سلبي واتجاهات سلبية نحو العمل والحيلة و الناس (أنور قاسم العزاوي وإياد محمد يحي، 2007، ص4).

كما يعرفه بانيس وارسون (1983):

أنه حالة من الإجهاد البدني والذهني والعصبي والانفعالي وهي تحدث نتيجة العمل مع الناس والتفاعل معهم لفترة طويلة وفي مواقف تحتاج إلى بذل مجهود انفعالي مضاعف (سليمان عباس سليمان وعائشة إدريس، 2007، ص5).

كما يعرفه أيضا: على أنه حالة جسدية ونفسية من الاحتراق أو الخمود أو الانطفاء والفرغ الذهني والإنهاك الجسدي المطلق. (سامر جميل رضوان، 2007، ص393).

ويعرفه الرشدان (1995):

بأنه استنزاف للطاقة النفسية المخزنة لدى الفرد يؤدي به إلى حالة عدم التوازن النفسي التي تظهر نتيجة للضغوط النفسية الشديدة التي تسببها أعباء العمل ومتطلبات الأسرة والضغوط الثقافية. (على عبد الرحيم صالح، 2014، ص15).

وعرفه كيرياكو:

بأنه مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة. (أحمد بني أحمد، 2007، ص13).

كما عرفه بيلجي (2006):

بأنه تغيرات في اتجاهات وسلوك الفرد نحو العمل وكذلك تغيرات في حالته البدنية وتتمثل في الإجهاد الانفعالي بل ويصل الأمر به إلى انخفاض إنجازه الشخصي. (ثائر داود سلمان وسناء مجيد محمد، 2013، ص10).

من خلال هذه التعريفات يمكن تعريف الاحتراق النفسي بتعريف يتماشى مع موضوع دراستنا والذي يتمثل في أنه حالة نفسية يشعر فيها مربي أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه بالتعب والإرهاق النفسي والجسدي وشعوره بالعجز نتيجة تعرضه للضغوط المستمرة في عمله وعدم قدرته على التوافق معها وفقدانه للصحة النفسية مما يؤثر سلباً على تحقيق أهداف الشخصية والمهنية.

3- أبعاد الاحتراق النفسي: انطلاقاً من البحوث الميدانية التي قامت بها MASLACH و زملائها فإنهم توصلوا إلى نتيجة مفادها أن ظاهرة الاحتراق النفسي له ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل فيما يلي:

أ- الإجهاد الانفعالي

وهو استنزاف العامل لطاقته البدنية والنفسية على حد السواء وفقدانه لحيويته ونشاطه الذي كان يتمتع به في الماضي، إضافة إلى إحساسه بزيادة المتطلبات المهنية مع الشعور بالإحباط والتوتر والإجهاد العاطفي فغالبا ما يرتبط أيضا بالضغط والاكنتاب " (بوحارة هناء، 2012، ص54).
" فهو شعور عام بالتعب ينتاب الفرد نتيجة لأعباء العمل والمسؤوليات الكثيرة التي تلقى على عاتقه يصل فيه للمستوى الذي يعجز فيه عن العطاء. (سعيد الظفري وإبراهيم القريوتي، 2010، ص180).

ب- تبلد المشاعر

ويشير إلى العلاقات الشخصية وفقدان الشعور الإنساني عند التعامل مع المراجعين ومعاملتهم بطريقة سلبية وقاسية (ختام علي الضمور، 2008، ص8).

ج- الشعور بنقص الإنجاز الشخصي

وهذا البعد يحدث حينما يبدأ الأفراد في تقييم أنفسهم تقييماً سلباً وحينما يفقدون الحماس للإنجاز وعندما يشعر العامل بأنه لم يعد كفاء في العمل مع عملائه وبعدم قدرته على الوفاء بمسؤولياته الأخرى (نوال بنت عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص16).

4- خصائص الاحترق النفسي:

للاحترق النفسي مجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي:

- يمثل حالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بالمتغيرات السلبية كالتعب الدائم و التوتر.
- يأتي كردود مباشرة لأفعال معينة وليس بسبب التطبيع الاجتماعي نتيجة للتفاعل مع الآخرين.
- عدم الرضا الوظيفي وغياب الدافعية في العمل لا تعتبر احترقا نفسيا إلا إذا كانت مستمرة ودائمة.
- الاستمرار في العمل لا يعتبر مؤشرا لعدم الاحترق النفسي ولكن لعدم توفر فرص عمل أخرى (أماني عبد الله علي، 2013، ص76).
- عملية تراكمية لا تحدث بين عشية وضحاها (Carien karsten,2008,P8).
- لا يمكن فحص الاحترق النفسي من خلال الفحص البدني (Carien karsten,2008,P13).

5- أسباب الاحترق النفسي:

وتتجلى في أسباب خاصة بالفرد والمجتمع وكذلك توجد مسببات خاصة بالعمل نذكرها في ما يلي:

أ- أسباب خاصة بالفرد:

يعتبر "فرويدينبرجر" FREUDENBERGER أول من استخدم تعبير الاحترق في كتابه مدعيا بأن المخلصين والملتزمين هم الأكثر عرضة للاحترق ومن أسباب حدوث الاحترق على المستوى الفردي نجد:

1- مدى واقعية الفرد في توقعاته وآماله فزيادة عدم الواقعية تحمل في طياتها مخاطر الوهم والاحترق. (كريب محمد، 2010، ص75).

2- الأهداف المهنية: بحيث وجدت بعض البحوث أن الأفراد الراغبين في إحداث تغييرات عن طريق أعمالهم هم الأكثر عرضة لهذه الظاهرة لأنه وبمرور الوقت ومع تزايد الضغوط يكتشفون أنهم عاجزون عن تحقيق طموحاتهم وأنهم غير قادرين على التأثير في المنظمة وهنا يكون هذا الفرد أكثر عرضة للاحترق النفسي.

- 3- درجة تقييم الفرد لنفسه ولقدراته إذا كانت مرتفعة أو منخفضة
- 4- عدم شعور الفرد بالتكيف النفسي والمهني مع الآخرين.
- 5- ضعف استعداد الفرد للتعامل مع ضغوط العمل وزيادة العبء.
- 6- الخصائص الشخصية للفرد حيث أن الشخص الانفعالي والمدمن على العمل يعتبر أكثر عرضة للاحتراق النفسي بينما الشخص الذي يأخذ العمل بهدوء هو أقل عرضة.
- 7- شعور الفرد بغياب الدعم في العمل ونقص الإحساس بالإنجاز المهني. (هوارى أحلام، 2014، ص37).

ب- أسباب خاصة بالمجتمع: وتتمثل فيما يلي:

- 1- تزايد الاعتماد من طرف أفراد المجتمع على المؤسسات الاجتماعية الأمر الذي يسهم في زيادة العبء الوظيفي الذي يكون سببا في تقديم خدمات أقل من المستوى المطلوب وهذا من شأنه أن يؤدي إلى شعور الموظف بالإحباط وبالتالي زيادة الضغط .
- 2- التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي حدثت بالمجتمع وما ترتب عليها من مشكلات قد تؤدي إلى هذه الظاهرة.
- 3- طبيعة التطور الاجتماعي والثقافي والحضاري في المجتمع التي تساعد على إيجاد بعض المؤسسات الهامشية التي لا تلقى دعما جيدا من المجتمع، فيصبح العاملون بها أكثر عرضة للاحتراق النفسي (نبيل منصورى، 2011، ص 56-57).

ج- أسباب خاصة بالجانب المهني " إن المهنة ومتطلباتها هي الجانب البارز والبعد الأهم الذي يحدد للعامل فيها انتماءه لعمله والتزامه به وبأهدافه فظروف العمل والبيئة تسهمان في زيادة أو انخفاض حدة ضغط العمل الواقع على العامل لأن إحساسه بفشله في تحقيق أهداف العمل وإحساسه بفشله في إشباع حاجاته الأساسية من خلال عمله سوف يقوده إلى حالة من الانخفاض المعنوي مع عدم الرضا وإصابته بالاحتراق النفسي " (حليمة عطية حسن جنبو، 2016، ص44-45).

6- أعراض الاحتراق النفسي:

من أهم الأعراض التي تساعد في الكشف عن حالة الاحتراق النفسي والتي توصل إليها عدد من الباحثين ما يأتي:

أ- أعراض سلوكية:

وهي مجموعة من الأنماط السلوكية التي يقوم بها الفرد خلال حياته اليومية وأهمها:

- تغيبه المستمر عن العمل.
- تدني مستوى أدائه.
- القلق والنظر إلى الساعة بين اللحظة والأخرى.
- عدم الاهتمام بالمظهر العام. (حليمة عطية حسن جنبو ، 2016، ص41).
- عدم الرضا.
- ترك المهنة. (معروف محمد، 2013، ص19).

ب- أعراض نفسية وانفعالية: و تتمثل في الأعراض التالية

-الملل، عدم الثقة بالنفس، فقدان الحماسة، الغضب، والاستياء (محمد ربيع الصباح، 2014، ص11).

- تدني مفهوم الذات ، القلق.
- الشعور بالبوؤس والتعاسة والعجز والحزن والاكتئاب والغضب وفقدان روح الدعابة وإهمال الأولويات.

ويذكر فريدمان (FRIDMAN) (1991) أن هذه المظاهر قد تتطور في الحالات الحرجة إلى انهيار عصبي (معروف محمد، 2013، ص19).

ج-الأعراض الفسيولوجية الجسمية: وتتمثل في الأعراض التالية

- ارتفاع ضغط الدم.
- آلام في الظهر.

- الإنهاك الشديد حيث يفقد الفرد حماسه ونشاطه، وقد يتحول الشعور بالإنهاك إلى مرض حقيقي.

- ضغط عام في الجسم ومنه خلل في بعض أجهزة الجسم " (نبيلة باوية، 2012، ص322).

"- صداع في الرأس.

- الشعور بالتعب لأقل جهد يقوم به.

- الوهن (الخمول) وغيرها من الأعراض " (زيني مشكو حجي الحراقي، 2009، ص92).

د-الأعراض العلائقية: وتتمثل في الأعراض التالية

- الانسحاب من الأسرة.

- التقليل من أهمية الغير.

- عدم فصل المهنة عن الحياة الاجتماعية.

- الوحدة.

- فقدان المصداقية.

- فقدان القدرة على الحديث.

- علاقات لا شخصية.

- التحول من التفتح والتقبل إلى الانطواء و الإنكار.

- العجز عن مواجهة أدنى المشاكل العلائقية.

- الشك و عدم الثقة في الآخرين. (طايبى نعيمة، 2013، ص38).

هـ-الأعراض العقلية (المعرفية):

تتمثل في الأعراض التالية:

- نقص القدرة على التركيز.

- اضطرابات في التفكير المفرط في العمل.

- ضعف القدرة على التذكر .

- ضعف القدرة على حل المشكلات وإصدار الأحكام واتخاذ القرارات مع تهويل الأحداث (معروف محمد، 2013، ص30).

ويؤكد "سيدولاين" (CEDOLINE) بأنه يمكن أن نستدل على وجود الاحتراق النفسي بواسطة أعراض بارزة هي:

1- شعور الفرد بالإرهاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلى شعوره بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية وضعف الحيوية والنشط وبالتالي فقدان الشعور بتقدير الذات.

2- الاتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي يقدم لها الخدمة (طلاب، مرضى، مسترشدين) وفقدان الدافعية نحو العمل.

3- النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والعجز والفشل (أحمد بن أحمد، 2007، ص18).

من خلال ما تم التوصل إليه نرى أن أعراض الاحتراق النفسي قد لا تظهر كاملة وقد تتداخل تلك الأعراض فيما بينها.

7- مؤشرات الاحتراق النفسي:

يرى "باربرا إبراهيم" "BARBARA BRAHAM" أن هناك 4 مؤشرات أولية ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الاحتراق النفسي وهذه المؤشرات هي:

1- الانشغال الدائم والاستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم فعندما يقع الفرد في شرك الانشغال الدائم فإنه يضحى بالحاضر وهذا يعني أن وجوده في اجتماع أو مقابلة يكون جسدياً وليس ذهنياً وعادة في مثل هذه الحالة ينجز الفرد مهامه بصورة ميكانيكية دون أي اتصال عاطفي مع الآخرين حيث أن الهم الوحيد الذي يشغل باله هو السرعة والعدد وليس الإتقان والاهتمام بما يبديه (كريب محمد، 2010، ص77).

2- تأجيل الأمور السارة والأنشطة الاجتماعية من خلال إقناع الذات بأن لهذه الأمور وقتاً آخر حين يفرغ، وتستمر عملية التأجيل بحيث لا يأتي زمن من هذه الأنشطة المؤجلة ويصبح هذا التأجيل قاعدة ومعيار في حياة الفرد.

3- العيش حسب قاعدة "يجب وينبغي" فلا يستطيع إرضاء نفسه ولا إرضاء الآخرين لأنه يتعامل بصرامة اتجاه نفسه وتجاه الآخرين (محمد معروف، 2013، ص20).

4- الجدية المفرطة: حيث فقدان المنظور الذي يؤدي إلى أن يصبح كل شيء عنده مهما وعاجلا وتكون النتيجة بأن ينهمك الفرد في عمله لدرجة يفقد معها روح المرح ويجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات ويرتبط ذلك بما يعرف بالإدمان على العمل إذ يصبح العمل المحور الأساسي في حياة الفرد وفي مركز اهتماماته الشخصية بصورة مخلة بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية والانفعالية التي تصاحب مثل هذا الخلل (طايب نعيمة، 2013، ص20).

8- مراحل الاحتراق النفسي:

" يرى ماتيسون و انفاسيفيش MATTESON IVANCEVICH أنا ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث فجأة وإنما تتضمن المراحل التالية:

أ- المرحلة الأولى: مرحلة الاستغراق (الشمول)

وفيها يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفعا ولكن إذا حدث عدم الاتساق بين ما هو متوقع من العمل وما يحدث في الواقع يبدأ مستوى الرضا في الانخفاض.

ب- المرحلة الثانية: مرحلة التبدل (الكساد)

هذه المرحلة تتمو ببطء، وينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل تدريجيا وتقل الكفاءة وينخفض مستوى الأداء في العمل ويشعر الفرد باعتلال صحته البدنية وينقل اهتمامه إلى مظاهر أخرى في الحياة كالهوايات والاتصالات الاجتماعية وذلك لشغل أوقات فراغه. (نبيل منصوري، 2011، ص58).

ج- المرحلة الثالثة: مرحلة الانفصال

وفيها يدرك الفرد ما حدث ويبدأ في الانسحاب النفسي واعتلال الصحة البدنية والنفسية مع ارتفاع مستوى الإجهاد النفسي.

د- المرحلة الرابعة: المرحلة الحرجة:

وهي أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق النفسي وفيها تزداد الأعراض البدنية والنفسية والسلوكية سوءا وخطرا ويختل تفكير الفرد نتيجة شكوكه ويصل الفرد إلى مرحلة الانفجار ويفكر الفرد في ترك العمل وقد يفكر في الانتحار (نوال عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص14-15).

من خلال ما تم عرضه نستنتج بأن الاحتراق النفسي ظاهرة لا تحدث للفرد بطريقة مباشرة أو صفة مفاجئة وإنما تتشكل عبر سلسلة من المراحل المختلفة إلى أن يصل الفرد فيها إلى أقصى مرحلة تزداد فيها مختلف الأعراض الجسمية والنفسية التي تؤدي إلى ظهور ما يعرف بالاحتراق النفسي.

9- مستويات الاحتراق النفسي:

وقد أشار بدران (1997) إلى أن الاحتراق النفسي مشاعر ارتبطت بروتين العمل وقد حدد له ثلاثة مستويات هي:

1- احتراق نفسي متعادل:

وينتج عن نوبات قصيرة من التعب والقلق والإحباط و التهيج.

2- احتراق نفسي متوسط:

وينتج عن نفس الأعراض السابقة تستمر لمدة أسبوعين على الأقل.

3- احتراق نفسي شديد:

وينتج عنه أعراض جسمية مثل القرحة وآلام الظهر المزمنة ونوبات الصداع الشديدة وليس غريبا أن يشعر العاملون بمشاعر احتراق نفسي معتدلة ومتوسطة من حين لآخر، ولكن عندما تلح هذه المشاعر وتظهر في شكل أمراض جسمية ونفسية مزمنة عندئذ يصبح الاحتراق مشكلة خطيرة (سنابل أمين صالح جرار، 2011، ص27-28)

من خلال ما سبق نستنتج أن الاحتراق النفسي يختلف عبر درجات متعددة فقد يكون متعادلا أو متوسطا أو شديدا.

10- النظريات العلمية المفسرة للاحتراق النفسي:

" لم يدرس مفهوم الاحتراق النفسي بشكل محدد واضح في النظريات النفسية وإنما بدأ بصورة استكشافية، وتم ربطه بظغوط العمل وعلى أي حال فقد نظرت إليه بعض النظريات من خلال الإطار العام لها وفقا للاتي:

أ- نظرية التحليل النفسي:

فسرت نظرية التحليل النفسي الاحتراق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة وذلك مقابل الاهتمام بالعمل مما قد يمثل جهداً مستمراً لقدرات الفرد مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للريجات غير المقبولة بل المتعارضة مع مكونات الشخصية، مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات و بالتالي ينتهي في أقصى مراحلها إلى الاحتراق النفسي أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها و حدوث فجوة بين الأنا والآخر التي تعلقت به وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها (عمار الفريجات ووائل الرصي، 2010، ص07).

ب- النظرية الوجودية:

تركز في تفسيرها للاحتراق النفسي على عدم وجود المعنى في حياة الفرد، فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته فإنه يعاني نوعاً من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته ويحرمه من التقدير الذي يشجعه على مواصلة حياته فلا يحقق أهدافه مما يعرضه للاحتراق النفسي، لذلك فالعلاقة بين الاحتراق النفسي وعدم الإحساس بالمعنى علاقة تبادلية فهما وجهان لعمولة واحدة إذ أن الاحتراق النفسي يؤدي لفقدان المعنى من حياة الفرد كما أن فقدان المعنى يمكن أن يؤدي للاحتراق النفسي (بوقة مختار، 2012، ص28).

ج- النظرية المعرفية:

ترد سلوك الإنسان إلى أنه مصدر داخلي كعمليات عقلية يدرك من خلالها الفرد الموقف ليستجيب ويحقق الهدف المحدد فإذا كان إدراكه إيجابياً ينتج عنه الرضا والمعنوية العالية، أما إذا كان إدراكه سلبياً فيقود إلى أعراض تؤدي بالضرورة إلى الاحتراق النفسي (محمود جمال السلخي، 2013، ص04).

د- النظرية السلوكية:

تتعامل هذه النظرية مع السلوك على أنه مخرج نهائي للظروف البيئية المحيطة وعليه يمكن التنبؤ بالسلوك النهائي للإنسان إذا ما استطعنا التحكم بالظروف البيئية ويؤكد "سكينر" هذا الرأي باعتقاده أن العناية ببيئة الشخص وسلوكه سيؤدي إلى أن تعتني حالة الفرد الداخلية بنفسها وبشكل وقائي، ولم تغفل هذه النظرية حقيقة المشاعر والإدراك والأحاسيس والعمليات العقلية الداخلية للفرد بل تعترف بوجودها

وهي التي تضبط السلوك وتتحكم به وتتأثر بالوقت نفسه بالظروف البيئية وأنها نتائج وليست أسباب لها وعليه يمكن أن نعزو الاختلاف في الإدراكات إلى الاختلافات في الخبرات، فكل منا يدرك حدثاً ما من خلال تجربته وخبرته الشخصية مع الموضوعات المماثلة وعليه فإن المخرجات النهائية سببها الرئيسي هو الخبرات البيئية وحسب النظرية السلوكية فإن عملية الاحتراق النفسي ناتجة عن عوامل بيئية وأنه يمكن التحكم بعملية الاحتراق النفسي بالدرجة التي نستطيع التحكم بالظروف البيئية المحيطة" (بوقرة مختار، 2012، ص 27-28).

هـ- النظرية الجشطاطية:

تمثل هذه النظرية أهمية كبيرة في إدراك المثيرات الأمر الذي يجعلنا نستفيد منها ونوظفها في إدراك الضغوط النفسية حيث يرى علماء النفس الجشطاطت أن إدراك الفرد للعناصر الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك إدراكه للعلاقات التي تربط بين عناصر وأجزاء المجال من شأنه أن يؤدي بالكائن الحي إلى إعادة تنظيم المجال في صورة جديدة و هذه الصورة هي ما يفسرها أصحاب النظرية بالتعلم الذي ينشأ عملية الاستبصار والذي يتضمن عمليتين من أهم العمليات العقلية التي يمارسها الفرد في موقف التعلم وإدراك العلاقات حيث يمكن توظيف عملية الاستبصار في إدراك الضغوط النفسية وتحقيق ما يسمى الاستبصار بسمات الحدث الضاغط عن طريق محاولة الإدراك الكلي للحدث الضاغط وما يتضمنه من عناصر أو مكونات كادراك مسبباته و ظروفه وقواعده، وإدراك الحلول الملائمة للتعامل معه كما يؤدي الإدراك دوراً حيوياً في عملية إدراك الضغوط وحل المشكلات حيث تمثل هذه العملية المدخل الأساسي والإطار الثابت الذي يؤدي إلى حل المشكلة أو يؤخر حلها وإذا تأخر حلها فقد يؤدي بالشخص للاحتراق النفسي (هوارى أحلام، 2014، ص 46).

11- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

لقد ظهرت عدة نماذج نظرية لدراسة وفهم وتفسير الإحتراق النفسي ومن بين هذه النماذج مايلي:

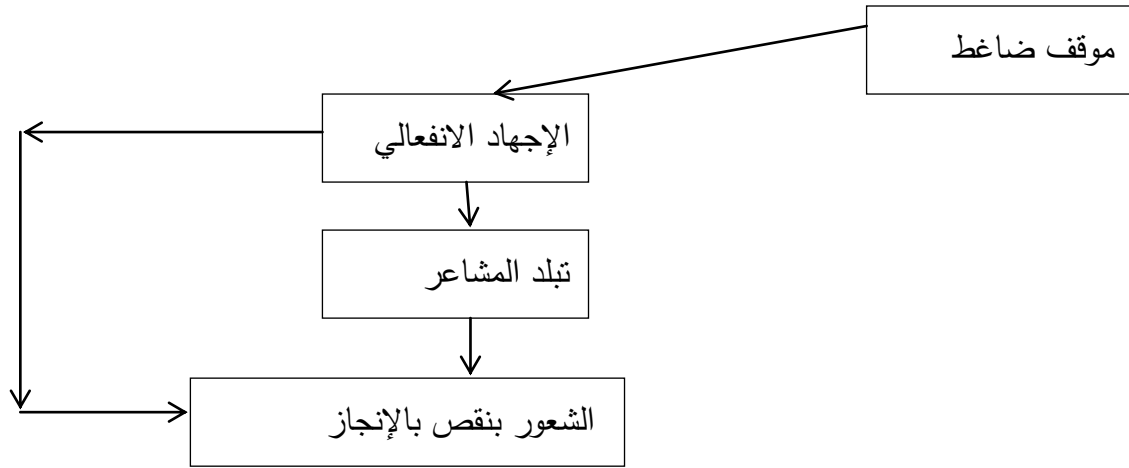
أ- نموذج ماسلاش للاحتراق النفسي: ويتكون من 3 أبعاد هي :

- الاجهاد الانفعالي

- تبلد الشعور

- الشعور بنقص بالإنتاج الشخصي

حيث تشير ILISAbETH GREBOT (2008) في شرح أبعاد ماسلاش بأن الاحتراق النفسي يبدأ بالإجهاد الانفعالي ثم يستمر مع تبدل المشاعر والشعور بنقص بالإنتاج.



الشكل (02) يوضح نموذج الاحتراق النفسي حسب ماسلاش وجاكسون (معروف محمد، 2013، ص23).

ب- نموذج زملة التكيف العام "لهانز سيلي" (1956):

يعتبر "هانز سيلي" (SELYE) أول من استخدم مصطلح الضغط "stess" وذلك في مجال الطب والبيولوجيا عام (1962) حيث كان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوما فسيولوجيا ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب النفسي للمفهوم وقدم نموذجا أطلق عليه زملة التكيف العام وهي عبارة عن جملة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية وتمر بـ 3 مراحل هي:

المرحلة 1: رد فعل الإنذار بالخطر: وتعد استجابة أولية وفيها يميز الجسم مواقف الخطر ويستعد لمواجهةها وبصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل: زيادة دقات القلب، سرعة التنفس.

المرحلة 2: المقاومة: ويلاحظ في هذه المرحلة وجود الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط وعندما لا تستطيع الحيل إعادة التوازن للجسم نتيجة الضغوط المستمرة تظهر علامات التعب الشديد.

المرحلة 3: الإنهاك: عندما تفشل أساليب المواجهة وتتدهور المقاومة مع استمرار الضغوط

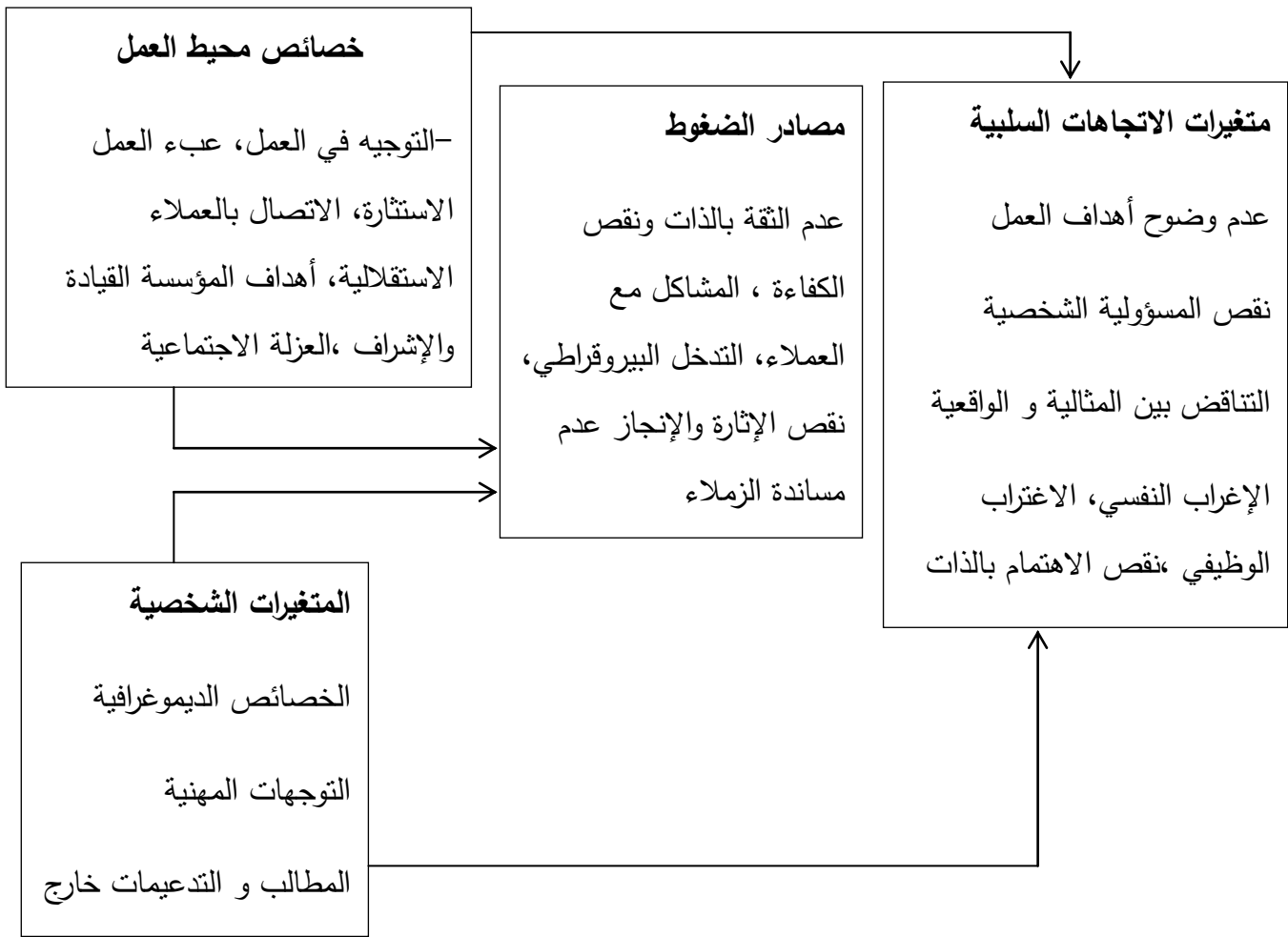
يحدث الإنهاك مما قد يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب النفسي والنموذج التالي يوضح هذه المراحل:



الشكل (03) يوضح مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهره في نموذج SELYE (بوخارة هناء، 2012، ص76).

ج- نموذج تشيرنس (1980):

أشار CHERNISS إلى أن الاحتراق النفسي ينشأ نتيجة تفاعل 4 عمليات موضحة في النموذج التالي:
(معروف محمد، 2013، ص25)



الشكل (04) يوضح نموذج تشيرنس للاحتراق النفسي (نوال بنت عثمان أحمد الزهراني، 2008، ص32)

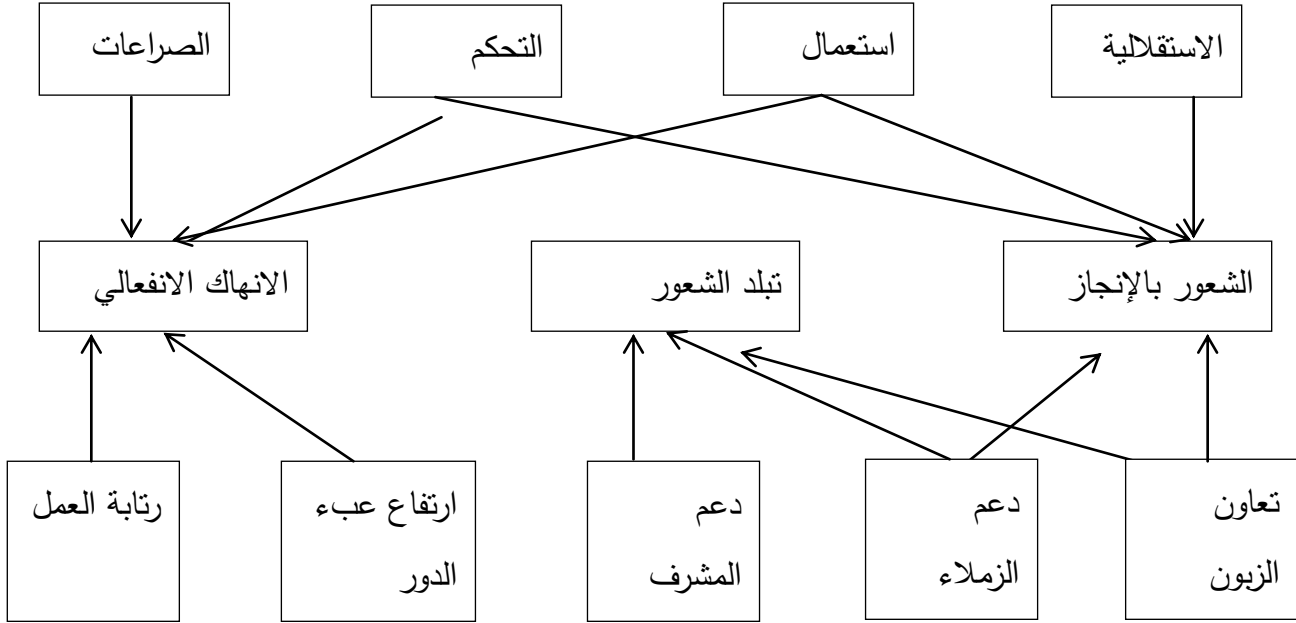
" فمع وجود خصائص محيط العمل السلبية وخصائص الشخصية السلبية تؤدي إلى تكوين اتجاهات سلبية لدى الشخص، كعدم وضوح أهداف العمل ونقص المسؤولية الشخصية والاعتراب الوظيفي ونقص الاهتمام بالذات، يجعل الفرد غير قادر على التعامل مع مصادر الضغوط الملحة فيجد نفسه في شرك الاحتراق النفسي " (معروف محمد، 2013، ص25،26).

د- نموذج ليتر للاحتراق النفسي (1993) :

وينطلق هذا النموذج من منطلقين اثنين يتمثلان فيما يلي:

أ- تؤثر أبعاد الاحتراق النفسي في بعضها البعض من خلال تطورها عبر الوقت.

ب- الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي تختلف علاقتها بالظروف المحيطة والعوامل الفردية والشكل التالي يمثل ذلك.



الشكل (05) يمثل نموذج لينتر للاحتراق النفسي (طايبى نعيمة، 2013، ص34،35).

هـ - نموذج EDELUICH ET Brodsky : ويتكون هذا النموذج من 4 مراحل هي:

-الحماس (التعصب)

-الركود

-الإحباط

-اللامبالاة (معروف محمد، 2013 ، ص23،24).

و- نموذج JONES ET EMANUEL : اللذان قدما مراحل الاحتراق النفسي مشابهة للتناظر

الكيميائي ومراحله هي:

- الإحماء

- الغليان

- الانفجار (معروف محمد، 2013، ص24).

مما سبق يتضح بأن ظاهرة الاحتراق النفسي استحوذت على اهتمام العديد من الدراسات والبحوث كما فسر بعدة نماذج وتفسيرات حتى وإن اختلفت فإنها تبقى مكملة ومدعمة لبعضها البعض كما أنها تشترك في نقاط أهمها أن الاحتراق النفسي عبارة عن سيرورة تتطور عبر الزمن تنشأ نتيجة لضغوط العمل المستمرة ويساعد على ظهوره وزيادة تفاقمه كل من بيئة العمل وشخصية الفرد (طايبي نعيمة، 2013، ص35).

12- قياس الاحتراق النفسي:

تشكل الاستجابات السلوكية والمظاهر الدالة على الاحتراق النفسي القاعدة الأساسية التي يعتمد عليها الباحثون في تصميم أدوات تساعدهم على الإجابة على التساؤل فيما إذا كان الفرد بخير أو محترق نفسياً وفي العادة يقوم المستجيب بالإجابة على عبارات تقديرية بالموافقة أو عدم الموافقة عليها، أو الإجابة نفسها أو غيرها من الخيارات وفيما يلي أمثلة لمضمون العبارات التي تتضمنها هذه الأدوات.

- مدى الشعور بالتعب والإرهاق.
- أسلوب المعاملة مع الآخرين.
- مدى الشعور بالألم رغم غياب الأمراض البدنية.
- مدى العزلة أو القرب من الآخرين.
- أسلوب الاتصال مع الآخرين.
- النظرة الشخصية للعمل.
- درجة التفاؤل والتشاؤم في النظرة الشخصية للعمل .
- درجة التفاؤل والتشاؤم في النظرة الشخصية للحياة.
- مدى المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.
- مدى الرغبة في مساعدة الآخرين.
- غياب أو غموض الأهداف في حياة الفرد. (نوال بنت عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص26-27).

13- آثار الاحترق النفسي:

من الناحية النفسية الاحترق النفسي ما هو إلا انعكاس أو رد فعل لظروف العمل غير المحتملة والعملية تبدأ عندما يشتكى المهني من ضغط أو إجهاد من النوع الذي لا يمكن تقليله والتخلص منه عن طريق أسلوب حل المشكلات والتغيرات في الاتجاهات، وأنواع السلوك المصاحبة للاحتراق النفسي توفر هروباً نفسياً أو تحمي الفرد من تردي حالته إلى أسوأ من ناحية الضغط العصبي بجانب ذلك يمكن حصر الآثار التالية لهذه الظاهرة في ما يلي: (نوال بنت عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص27).

- تقليل الإحساس بالمسؤولية.
- تمتاز العلاقة مع العميل بالبعد النفسي.
- استنفاد الطاقة النفسية. (سنابل أمين صالح جرار، 2011، ص43).
- التخلي عن المثاليات وزيادة السلبية في الشخص.
- لوم الآخرين في حالة الفشل.
- نقص الفعالية الخاصة بالأداء.
- كثرة التغيب عن العمل وعدم الاستقرار الوظيفي. (كربيع محمد ، 2010، ص86).

14- علاج الاحترق النفسي:

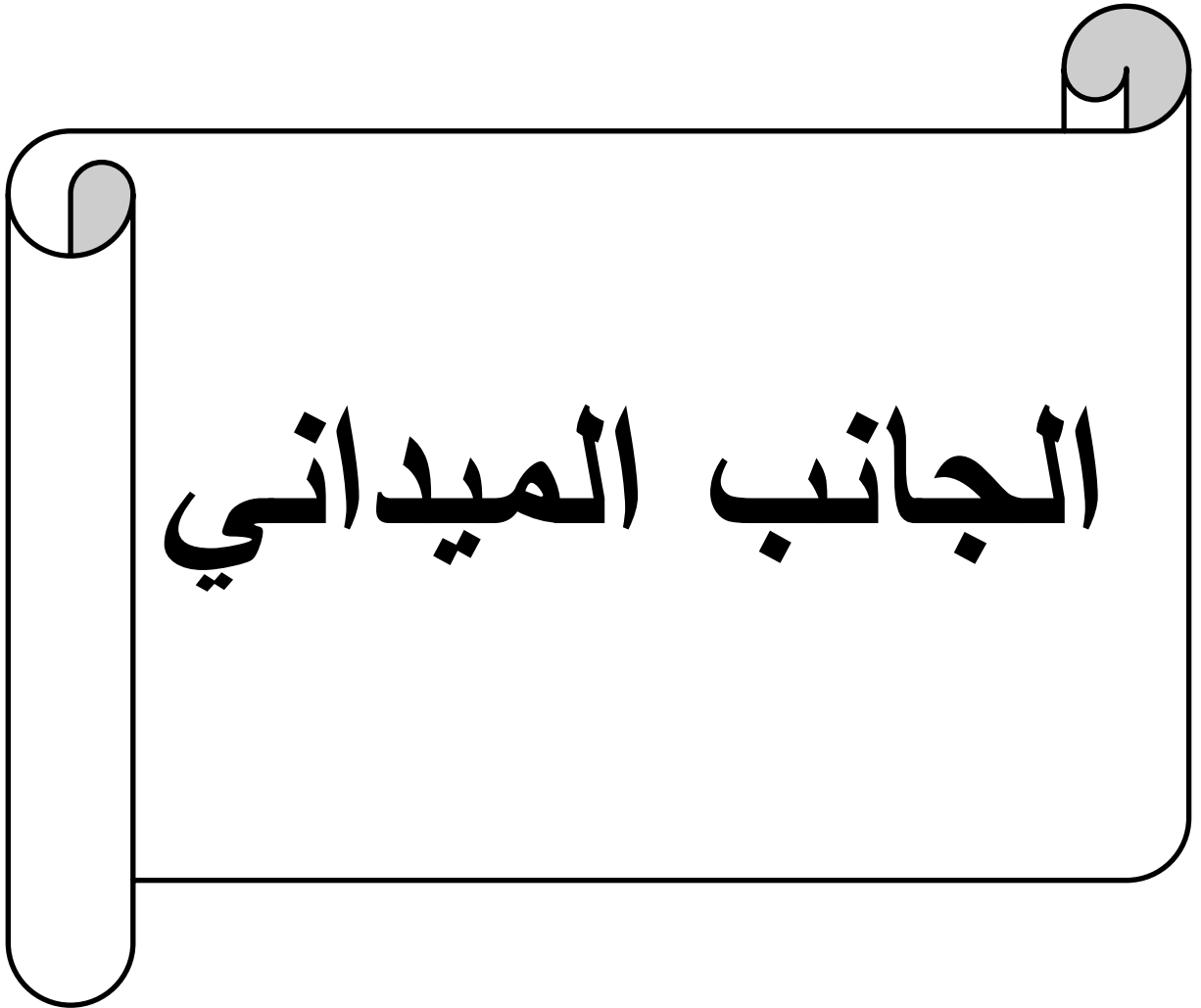
مع أن استعراض الظروف المحيطة بهذه الظاهرة يوحي بالكآبة ومحدودية فرص التعامل معها، إلا أنه في الواقع هناك ما يمكن عمله لتقليل هذه الظروف وبالطبع تتفاوت مواقع العمل في مدى نجاحها تبعاً للظروف المحيطة بها، ويمكن اعتبار الخطوات التالية كجهود رامية لتقليل ظهور الاحتراق النفسي بين العاملين في مجال الخدمات المهنية (نبيل منصور، 2011، ص66)

- عدم المبالغة في التوقعات الوظيفية.
- المساندة المالية للمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع.
- وجود وصف تفصيلي للمهام المطلوب أدائها من قبل المهنيين.
- تغيير الأدوار والمسؤوليات.
- الاستعانة بالمختصين النفسيين للتغلب على المشكلة.

- زيادة المسؤولية والاستقلالية للمهنيين.
- المعرفة بنتائج الجهود المبذولة سواء على المستوى الفردي أو المستوى الإداري.
- وجود روح التأزر والاستعداد للدعم النفسي للزميل في مواجهة مشاكل العمل اليومية الأمر الذي يتطلب الحوار المفتوح وطرح المشاكل بطريقة دورية.
- الاهتمام ببرامج التطوير ونمو العاملين نموًا مهنيًا و نفسيًا.
- التعامل الإيجابي مع الضغوط أو التحكم في الضغوط (نوال بنت عثمان بن أحمد الزهراني، 2008، ص28).
- تقييم الفرد لأهدافه وأولوياته وتوقعاته حتى يعرفها هل هي واقعية أم لا.
- البحث عن اهتمامات أخرى إلى جانب العمل الذي يقوم به الفرد في حالة عدم إشباع حاجاته ورغباته في ذلك العمل.
- البحث دائمًا عن طرق التغيير والتنويع والتجديد في العمل (عبد الفتاح محمد الخواجا، 2009، ص29).

خلاصة الفصل

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل يمكن القول أن الاحتراق النفسي كظاهرة سيكولوجية سلبية نجدها بكثرة في مجال المهن الإنسانية الاجتماعية التي تقدم خدمات مختلفة تحدث نتيجة عدة عوامل وأسباب محيطة بالأفراد أو مرتبطة بالفرد بحد ذاته والاحتراق النفسي يترك آثارا وأعراض فسيولوجية ونفسية على شخصية الفرد المحترق لذا لا بد عليه من العمل على إزالة العقبات والمشكلات التي تؤدي به إلى الشعور بفقدان الراحة النفسية اللازمة لتخطي ضغوط العمل وبالتالي التخفيف من حتمية الإصابة بالاحتراق النفسي.



الجانب الميداني

الفصل الرابع الاجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد

1. حدود الدراسة.
 2. منهج الدراسة.
 3. مجتمع الدراسة وعينته.
 4. الدراسة الاستطلاعية.
 5. أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكو مترية
 6. الأساليب الإحصائية.
- خلاصة الفصل

تمهيد

بعد استعراضنا للجانب النظري بمختلف جوانبه سنحاول التطرق في هذا الفصل إلى الجانب الميداني والذي يعد أهم جزء في البحث العلمي، حيث يمكننا من إثبات صحة أو خطأ فرضيات الدراسة والوصول إلى نتائج واقعية ملموسة، فكأي دراسة علمية لا بد من تتبع إجراءات منهجية مضبوطة وخطوات علمية تسمح لنا بجمع المعلومات والبيانات التي تفيدنا في تحقيق الهدف الذي أجرينا من أجله الدراسة، ولذلك سوف نقوم في هذا الفصل التطرق إلى حدود ومنهج ومجتمع الدراسة وعينته والدراسة الاستطلاعية والأدوات التي تم الاعتماد عليها في جمع البيانات والمعلومات والأساليب الإحصائية التي استعنا بها لتحليل النتائج.

1- حدود الدراسة

أ- **الحدود المكانية:** يقصد بها المكان الذي تجري فيه الدراسة الميدانية إذ قامت الباحثين بهذه الدراسة في ولاية جيجل ب:

بلدية الطاهير وذلك في:

- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً.

بلدية جيجل وذلك في:

- ملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً.

- عيادة "أيوب" للتكفل النفسي البيداغوجي للطفل والمراهق.

- عيادة أرطفونية " طريق عبد النور".

- عيادة أرطفونية " رولا".

- جمعية " حنين " لأطفال التوحد.

2- **الحدود الزمانية:** ويقصد بها المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الميدانية وعليه فقد أجرتها الباحثان الدراسة على فترتين زمنيتين وهي:

الفترة الأولى: وهي الدراسة الاستطلاعية وكانت من 2019/05/12 إلى 2019/05/13 حيث تم توزيع مقياسي دراستنا (مقياس قصور الانتباه، ومقياس الاحتراق النفسي، على 20 مختص ومربي).

الفترة الثانية: وتم فيها إجراء الدراسة الأساسية وكانت في الفترة الممتدة من 2019/05/14 إلى 2019/05/20 حيث تم توزيع مقياسي دراستنا (مقياس قصور الانتباه ومقياس الاحتراق النفسي) على 54 مختص ومربي.

2- منهج الدراسة

إن اختيار منهج البحث في دراسة أي موضوع لا يأتي من العدم أو نتيجة اختيار عشوائي أو نتيجة ميل الباحث لمنهج معين دون مناهج أخرى وإنما ذلك تفرضه طبيعة البحث قيد الدراسة، فالمنهج يعتبر الطريقة التي لا يستطيع الباحث الاستفتاء عنها في بحثه وعموما فإنه يختلف من دراسة إلى أخرى حسب طبيعة ومشكل وموضوع البحث.

وانطلاقا مما تم عرضه في الجانب النظري للدراسة الحالية وصياغة الفرضيات والإشكالية وطبيعة موضوع دراستنا الذي نص على قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقة بالاحتراق النفسي لدى المختصين والمربين فإننا اعتمدنا في ذلك على المنهج الوصفي كوننا نسعى للكشف عن طبيعة العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين المربين حيث يعرف هذا المنهج بأنه طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها (محمدعبيدات وآخرون، 1999، ص46).

كما يعرف المنهج الوصفي بأنه المنهج الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع وبهم بوصفها دقيقا من خلال التعبير النوعي الذي يصف الظاهرة وخصائصها أو التعبير الكمي الذي يعطي وصفا رقميا يوضح مقدار وحجم الظاهرة (محمد بكر نوفل و فريال محمد أبو عواد، 2010، ص219).

ومن بين الدراسات التي تصنف ضمن الدراسات الوصفية نجد الدراسات الارتباطية التي تستخدم للكشف عن العلاقة بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات والتعبير عنها بصورة رقمية، والمنهج الوصفي الارتباطي (دراسة ارتباطية) يعتمد على دراسة معاملات الارتباط والذي يمثل

أسلوبا كميًا يعبر عن درجة التلازم في التعبير طردا (إيجابا) أو عكسيا (سلبا) وتتراوح القيمة الرقمية لمعامل الارتباط بين +1 (ارتباط موجب) و -1 (ارتباط سالب). (محمد حسن غانم، 2004، ص 126).

3- مجتمع الدراسة وعينته

مجتمع الدراسة

يعرف مجتمع الدراسة بأنه كل المفردات التي يهتم بها الباحث بدراستها سواء كانت بشرية أو مادية بشرط اشتراكهما في مجموعة من الخصائص وتتحدد حسب طبيعة أغراض البحث بهدف تعميم النتائج المتحصل عليها (نادية سعيد عيشور، 2016، ص 265).

ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع المختصين والمربين المتواجدين بالمراكز والعيادات والجمعيات التي تم ذكرها سابقا وقد بلغ حجم مجتمع الدراسة 94 من المختصين والمربين.

عينة الدراسة

وتعرف العينة بأنها: جزء من المجتمع الذي تجري عليه الدراسة يختارها الباحث لإجراء دراسته عليها وفق قواعد خاصة لكي تمثل المجتمع تمثيلا صحيحا (رحيم يونس كروى العزاوي، 2008، ص 161).

وتعرف أيضا بأنها: مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي (محمد عبيدات وآخرون، 1999، ص 84).

وقد تم اختيار عينة الدراسة من المختصين والمربين بطريقة قصدية حيث قمنا باختيار فقط الذين يتعاملون مع أطفال التوحد وتم توزيع مقياسي الدراسة (مقياس الاحتراق النفسي، مقياس قصور الانتباه) على 78 مختص ومربي، وتم استرجاع 74 مقياسا كون بعض أفراد العينة رفضوا الإجابة على بنود المقياسين بحكم ضيق وقتهم والتعب.

ولقد اخترت هذا النوع من العينة يعني عينة قصدية كونها يتناسب مع موضوع بحثنا لأننا قصدنا فقط المختصين والمربين الذين يتعاملون مع أطفال التوحد وهذا ما يمليه علينا موضوع دراستنا والجدول (01)، (02)، (03) وتوضح عينة الدراسة حسب الجنس، الوظيفة، سنوات الخبرة.

الجدول رقم (01) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	الجنس
13.51%	10	ذكور
86.49%	64	إناث
100%	74	المجموع

من خلال الجدول رقم (01) والذي يبين لنا أفراد عينة الدراسة من حيث الجنس نلاحظ أن نسبة الإناث كبيرة جدا حيث قدرت بـ (86.49%) على خلاف نسبة الذكور التي كانت ضئيلة جدا والتي قدرت بـ (13.51%) و يرجع ذلك إلى أن مجتمع دراستنا يشمل جنس الإناث أكبر من جنس الذكور.

الجدول رقم (2): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة

النسبة المئوية	التكرارات	الوظيفة
28.38%	21	مختص نفساني
10.81%	8	مختص أرطفوني
12.16%	9	مختص اجتماعي
2.70%	2	مختص تربوي
45.95%	34	مربي
100%	74	المجموع

من خلال الجدول رقم (02) والذي يبين لنا أفراد عينة الدراسة من حيث الوظيفة نلاحظ أن أكبر نسبة شملت المربين والتي تقدر بـ (45.95%) وأصغر نسبة شملت المختصين التربويين حيث بلغت (2.70%) وهي نسبة ضئيلة جدا.

الجدول رقم (03): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

النسبة المئوية	التكرارات	سنوات الخبرة
72.97%	54	من 1 سنة إلى 10 سنوات
27,03%	20	من 11 سنوات فما فوق
100%	74	المجموع

من خلال الجدول رقم (03) والذي يبين لنا أفراد عينة الدراسة من حيث سنوات الخبرة نلاحظ أن النسبة الأكبر خصت الأفراد الذين لديهم سنوات خبرة بين 1 سنة و 10 سنوات والتي قدرت بـ (72.97%) في حين شملت نسبة صغيرة تخص الأفراد الذين لديهم سنوات خبرة من 11 سنة فما فوق.

4- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة للدراسة الأساسية فهي تعد بالنسبة للباحث أول احتكاك له بالميدان إذا قامت الباحثتان بهذه الدراسة هادفتان إلى ما يلي:

- ✓ التعرف على صعوبات الميدان التي يمكن أن تواجهها الطالبتان خلال القيام بالدراسة الأساسية
- ✓ اختبار مدى صلاحية أدوات الدراسة الأساسية.
- ✓ حساب الخصائص السيكومترية لمقياسي الدراسة.

وقد أجريت هذه الدراسة من 2019-05-12 إلى 2019-05-13 بملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً وعيادة أيوب للتكفل النفسي البيداغوجي للطفل والمراهق على عينة تكونت من 20 مختص ومربي من بينهم (18) إناث و(02) ذكور وقد تمثلت أدوات التطبيق في مقياس قصور الانتباه ومقياس الاحتراق النفسي وتم توزيعهما على المختصين والمربين الذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من عينة الدراسة الأساسية وتم استرجاعهم بعد يوم من ذلك.

بعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية تم حساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لأداتي الدراسة وسيتم عرض ذلك لاحقاً.

5- أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكو مترية (الصدق والثبات)

أولاً: مقياس الاحتراق النفسي للمختصين والمربين

قامت الباحثتان ببناء هذا المقياس في صورته الأولية والمكون من (25) عبارة موزعة على (03) أبعاد وجرى بناء هذا المقياس من خلال مراجعة الإطار النظري لدراستنا، كما تم الاعتماد والاستفادة من بعض المقاييس الأجنبية التي هدفت إلى قياس الاحتراق النفسي مثل مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي الذي تم تقنيه في البيئة العربية من قبل عدد من الباحثين ونذكر منهم: داووني والكيلاني وعليان (1989) ومقبلة وسلامة (1993) والطحانية و الويلي (1995) والطوالبة (1980) والفرح (2001).

- مقياس الاحتراق النفسي ل فرويد نبرجر (1980).

- مقياس الذكاء الإنفعالي لبشرى أحمد جاسم العكايشي.

وفيما يلي وصفا لمقياس:

مكونات المقياس

يتكون المقياس من 3 أبعاد هي:

1- البعد الأول: الإجهاد الانفعالي، ويقصد به إحساس المختص والمربي العامل مع أطفال التوحد بالتعب والإرهاق والضعف والعجز نتيجة ضغوط أعباء العمل.

2- البعد الثاني: تبدل المشاعر، ويقصد به مستوى الاهتمام المنخفض للعمل واللامبالاة التي يظهرها المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد اتجاه العمل وفقدان لعنصر الإنسانية ونقص في مشاعرهم العاطفية وفتورها.

3- البعد الثالث: الشعور بنقص الانجاز الشخصي، ويقصد به ميل المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد إلى تقييم أنفسهم بطريقة سلبية وشعورهم بتدني عطائهم وتقصيرهم في القيام بواجباته بالصورة المطلوبة.

✓ تصحيح المقياس

يتكون المقياس في صورته النهائية من (23) عبارة تتدرج تحت 3 أبعاد (انظر الملحق رقم 02) منها (18) عبارة موجبة و(5) والعبارات السالبة هي (04، 09، 12، 15، 22) والباقي موجبة (01، 02، 03، 05، 06، 07، 08، 10، 11، 13، 14، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 23).

والجدول التالي يوضح أبعاد مقياس الاحتراق النفسي وأرقام عباراته:

الجدول رقم (04): يوضح أبعاد مقياس الاحتراق النفسي وأرقام عباراته.

الأبعاد	أرقام العبارات	عدد العبارات
البعد الأول	10،9،8،6،5،3،2،1	10
البعد الثاني	16،15،14،13،12،11	06
البعد الثالث	23،22،21،20،19،18،17	07
المجموع		23

وطريقة تقدير درجات هذا الاختيار تكون تبعا لدرجة ايجابية الفقرة أو سلبيتها أي أن في الفقرة الإيجابية يتم إعطاء المفحوص درجة واحدة (1) إذا كانت استجابته أبدا ودرجتان (2) إذا كانت استجابته (أحيانا) وثلاث درجات (3) إذا أجاب ب دائما. ويعكس تقدير الدرجات في العبارات السالبة حيث تعطي درجة (1) للاستجابة (دائما) ودرجتان (2) للاستجابة (أحيانا) وثلاث درجات (3) للاستجابة (أبدا).

✓ صدق المقياس

وقد تم الاعتماد على 3 أنواع من الصدق وهي:

1- صدق المحكمين.

2- صدق الاتساق الداخلي.

3- الصدق الذاتي.

1- صدق المحكمين

قامت الباحثتان بعرض المقياس بصورته الأولى على (06) محكمين وهم أساتذة ذوي الإختصاص من جامعة جيجل (أنظر الملحق رقم 01).

وطلب منهم الحكم على مناسبة الفقرات الموضوع الدراسة وسلامة ووضوح الصياغة اللغوية للعبارة، ومدى مناسبة العبارة للبعد الذي تقتبسه وأي ملاحظات أخرى يرونها مناسبة.

وفي ضوء آراء المحكمين وملاحظاتهم أجريت بعض التعديلات حيث جرى حذف (03) عبارات لم تحظى بنسبة اتفاق 70% بسبب أنها تحمل معان مكررة بصيغ مختلفة.

وتم حذف (03) عبارات التي أجمع المحكمون على حذفها كما هي مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (05): يوضح العبارات التي تم حذفها من مقياس الإحتراق النفسي بناء على رأي المحكمين

الرقم	العبارات	سبب الحذف
07	من الضروري أخذ فسحة من الوقت كي أسترخي	التكرار
14	لذي إحساس جيد بالمرح	التكرار
15	أنفهم مشاعر أطفال التوحد أثناء تعاملي معهم	التكرار

أما العبارات التي تم تعديل صياغتها بناء على رأي المحكمين فهي مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (06): يوضح العبارات التي تم تعديل صياغتها في مقياس الإحتراق النفسي بناء على رأي المحكمين.

الرقم	العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
04	أتحمل جميع نتائج تصرفاتي	أتحمل نتائج تصرفاتي أثناء عملي مع أطفال التوحد
07	أواجه العديد من الضغوط في العمل وأجد صعوبة في تجاوزها	أجد صعوبة في تجاوز الضغوط التي أواجهها في العمل

08	ساعات نومي قليلة مقارنة بما أحتاج له فعلا	أحتاج إلى ساعات النوم أكثر بسبب الجهد الذي أبدله في العمل
09	أمزح مع أصدقائي وأستعين بالدعابة والمرح	أرفه عن نفسي عقب الانتهاء من العمل
15	يصعب علي تفهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم	يصعب علي تفهم مشاعر أطفال التوحد أثناء تعاملهم معهم.
16	أسعى إلى مساعدة وتقديم الخدمة لكل شخص مهما كلفني ذلك من عناء	أسعى إلى مساعدة أطفال التوحد مهما كلفني ذلك
17	أصبحت عصبيا وسريع الغضب	أصبحت عصبيا بسبب عملي مع أطفال التوحد
19	أفقد الثقة بقدراتي الشخصية	أفقد الثقة بقدراتي الشخصية في ميدان العمل

2- صدق الاتساق الداخلي

للتحقيق من هذا الصدق قامت الباحثتان بتطبيق مقياس الإحترق النفسي (الذي تم تعديل عباراته بناء على رأي المحكمين) على أفراد العينة الاستطلاعية والذي بلغ عددهم (20) من المختصين والمربين خارج عينة الدراسة الأساسية وتم التأكد من صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل ارتباط بيرسون وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (07): يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الإحترق النفسي

الرقم	البعد	قيمة معامل الارتباط
1	الإنهاك الإنفعالي	0.927**
2	تبلد المشاعر	0.967**
3	الشعور بنقص الإنجاز الشخصي	0.904*

** دال عند مستوى الدلالة 0.01.

يبين من الجدول رقم (07) أن أبعاد لمقياس تتمتع بمعاملات ارتباط مرتفعة وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، حيث بلغت قيمها (0.92، 0.96، 0.90) وهذا دليل على أن المقياس يتمتع بصدق عال.

3- الصدق الذاتي

يقاس الصدق الذاتي بحساب الجذع التربيعي لمعامل ثبات ألفا كرومباخ للأداة ويتم ذلك كالتالي:

بعد حساب معامل ثبات الأداة عن طريق استخدام معادلة الفاكرونباخ، قدر الصدق الذاتي للأداة بـ

$$0.91 = \sqrt{0.83}$$

وهو معامل صدق مرتفع وهذا دليل على أن الأداة صادقة.

4- ثبات المقياس

يعتبر ثبات المقياس من أهم الشروط السيكومترية للاختبار لأنه يتعلق بمدى دقة الاختيار في قياس ما أعد لقياسه وللتحقيق من ثبات هذا المقياس، تم الاعتماد على طريقتين هما:

1- طريقة معامل " ألفا كرونباخ "

2- طريقة التجزئة النصفية وتمت بطريقتين باستخدام معادلة سبيرمان براون" وباستخدام معادلة جوتمان "

أولاً: طريقة معامل " ألفا كرونباخ "

تم حساب معامل ثبات المقياس ككل باستخدام معامل " ألفا كرونباخ " حيث بلغت قيمته (0.83) وهي قيمة مرتفعة ويدل على أن المقياس ثابت.

ثانياً: طريقة التجزئة النصفية

باستخدام معادلة " سبيرمان براون " تم تطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية تم حساب معامل الارتباط بين درجاتهم في المفردات الفردية ودرجاتهم في المفردات الزوجية فبلغت قيمة معامل ثبات التجزئة النصفية (0.76) وبعد تصحيحه باستخدام معادلة سبيرمان براون" بلغ معامل ثبات المقياس ككل (0.86) وهي قيمة مرتفعة ويدل على أن المقياس ثابت.

باستخدام معادلة "جوتمان" تم تطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية ثم حساب معامل الثبات باستخدام " معادلة جوتمان " حيث بلغ (0.85) وهي قيمة مرتفعة ويدل على أن المقياس ثابت.

ثانيا: مقياس قصور الانتباه لأطفال التوحد من وجهة نظر المختصين والمربين

قامت الباحثتان ببناء هذا المقياس في صورته الأولية المكونة من (23) عبارة موزعة على 4 أبعاد
وجرى بناء هذا المقياس من خلال مراجعة الإطار النظري لدراستنا، كما تم الإعتماد والاستفادة من
بعض المقاييس الأجنبية التي هدفت إلى قياس قصور الانتباه مثل:

مقياس اضطراب الانتباه الصادر عن الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية المعدل
والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV).

وفيما يلي وصف المقياس:

مكونات المقياس

يتكون المقياس من 4 أبعاد هي:

1- **البعد الأول:** سهولة التشتت: ويقصد به صعوبة تركيز الطفل التوحدي لانتباهه بسهولة نحو المثيرات
الموجودة داخل البيئة في تواجد أكثر من مثير.

2- **البعد الثاني:** ضعف الانتباه: ويقصد به عدم قدرة الطفل التوحدي على الانتباه بشكل عام وعلى وجه
الخصوص فإنه يعاني من قصور في قدرته على تركيز انتباهه نحو مثير معين لفترة طويلة.

3- **البعد الثالث:** الإندفاعية: ويعني سرعة استجابة الطفل التوحدي وارتكابه لعدد كبير من الأخطاء
ومقاطعة الآخرين والإجابة على الأسئلة الموجه لهم قبل إتمامها ولا يستطيعون انتظار دورهم في أي
نشاط.

4- **البعد الرابع:** صعوبة انجاز المهام: ويقصد به قصور قدرة الطفل التوحدي على الانتباه والتركيز
والتفكير والاستجابة وبالتالي فإنه يتمهل ولا ينهي المهام الموكلة إليه وينتقل من مهمة لأخرى بشكل
متواصل.

تصحيح المقياس

يتكون المقياس في صورته النهائية (23) عبارة تتدرج تحت (04) أبعاد (أنظر الملحق 02) منها
(21) موجبة و(02) عبارات سالبة والعبارات السالبة هي (6، 13) والباقي موجبة.

والجدول الآتي يوضح أبعاد مقياس قصور الانتباه وأرقام عباراته

الجدول رقم (08): يوضح أبعاد مقياس قصور الانتباه وأرقام عباراته.

الأبعاد	أرقام الأبعاد	عدد العبارات
سهولة التشتت	01، 02، 03، 04، 05، 06	06
ضعف الانتباه	07، 08، 09، 10، 11	05
الاندفاعية	12، 13، 14، 15، 16	05
صعوبة انجاز المهام	17، 18، 19، 20، 21، 22، 23	07
المجموع		23

وطريقة تقدير درجات هذا الاختيار تكون تبعا لدرجة ايجابية الفقرة أو سلبياتها، أي أنه في الفقرة الإيجابية يتم إعطاء المفحوص درجة واحدة (1) إذا كانت استجابته أبدا ودرجتان (2) إذا كانت استجابته (أحيانا) وثلاث درجات (3) إذا أجاب بدائما. ويعكس تقدير الدرجات في العبارات السالبة حيث تعطي درجة (1) للاستجابة (دائما) ودرجتان (2) للاستجابة أحيانا وثلاث درجات (3) للاستجابة (أبدا).

صدق المقياس

وقد تم الاعتماد على (3) أنواع من الصدق وهم:

1- صدق المحكمين.

2- صدق الاتساق الداخلي.

3- الصدق الذاتي.

1- صدق المحكمين

قامت الباحثتان بعرض المقياس بصورته على (06) محكمين وهم أساتذة ذوي الاختصاص من جامعة جيجل (أنظر الملحق 01) وطلب منهم الحكم على مناسبة الفقرات لموضوع الدراسة وسلامة ووضوح الصياغة اللغوية للعبارات، ومدى مناسبة العبارة للبعد الذي تقيسه وأي ملاحظات أخرى يرونها

مناسبة، وفي ضوء آراء المحكمين وملاحظاتهم أجريت بعض التعديلات حيث جرى حذف عبارة واحدة لم تحظى بنسبة اتفاق 80% بسبب أنها تحمل معنى مكرر بصيغة مختلفة.

وتم حذف عبارة واحدة التي أجمع المحكمون على حذفها كما هي مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (09): يوضح العبارات التي تم حذفها من مقياس قصور الانتباه بناء على رأي

المحكمين

الرقم	العبارات	سبب الحذف
21	لديهم ضعف القدرة على التركيز في مهامهم	التكرار

أما العبارات التي تم تعديل صياغتها بناء على رأي المحكمين مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (10): يوضح العبارات التي تم تعديل صياغتها في مقياس قصور الانتباه بناء على

رأي المحكمين

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
12	يرتكب أخطاء تدل على الإهمال	يرتكب أخطاء نتيجة تسرعه
14	لا يستطيع انتظار دوره	يجد صعوبة في انتظار دوره
18	يتجنب الارتباط بالأنشطة التي تتطلب جهدا ذهنيا مستمرا	يتجنب القيام بالأنشطة التي تتطلب جهدا ذهنيا

2- صدق الاتساق الداخلي

للتحقيق من هذا الصدق قامت الباحثتان بتطبيق مقياس قصور الانتباه (الذي تم تعديل عباراته بناء على رأي المحكمين على أفراد العينة الاستطلاعية والذي بلغ عددهم 20 مختص ومربي خارج عينة الدراسة الأساسية وتم التأكد من صدق الاتساق الداخلي عن طرق حساب معامل ارتباط بيرسون وذلك بـ:

حساب معامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (11): يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية لمقياس قصورا الانتباه

الرقم	البعد	قيمة معامل الارتباط
1	سهولة التشتت	0.595*
2	ضعف الانتباه	0.742*
3	الاندفاعية	0.779*
4	صعوبة انجاز المهام	0.857**

- دالة* عند مستوى الدلالة 0.05.

- دالة** عند مستوى الدلالة 0.01.

يتبين من الجدول رقم (11) أن أبعاد لمقياس تتمتع بمعاملات ارتباط مرتفعة وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 و0.05 وقد بلغت قيمها (0.59، 0.74، 0.77، 0.85) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بصدق عال.

3- الصدق الذاتي

بعد حساب معامل ثبات الأداة فقد قدر الصدق الذاتي للأداة بـ $\sqrt{0.73} = 0.87$ وهو معامل صدق مرتفع وهذا يدل على أن الأداة صادقة.

ثبات المقياس: للتحقيق من ثبات المقياس تم الاعتماد على طريقتين هما:

1- طريقة معامل ألفا كرونباخ

2- طريقة التجزئة النصفية وتمت بطريقتين: باستخدام معادلة " سبيرمان براون" وباستخدام معادلة جوثمان.

أولا: طريقة معامل ألفا كرونباخ

تم حساب معامل ثبات لمقياس ككل باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمته (0.70) وهي قيمة عالية وتدل على أن المقياس ثابت.

ثانياً: التجزئة النصفية

باستخدام معادلة "سبيرمان براون" تم تطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية تم حساب معامل الارتباط بين درجاتهم في المفردات الفردية والمفردات الزوجية فبلغت قيمة معامل ثبات التجزئة النصفية (0.774) وبعد تصحيحه باستخدام معادلة "سبيرمان براون" بلغ معامل ثبات المقياس ككل (0.873) وهي قيمة مرتفعة ويدل ذلك على أن المقياس ثابت.

باستخدام معادلة "جوثمان" تم تطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية، تم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة جوثمان حيث بلغ (0.808) وهي قيمة مرتفعة، ويتم ذلك أن المقياس ثابت.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمت الاستعانة ببرامج الحزم الإحصائية SPSS الإصدار رقم (20) وهو من البرامج الشائعة الاستخدام في مجال تحليل البيانات الخاصة بالأبحاث والدراسات الإنسانية وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ألفا كرونباخ: وتم استخدامه للتأكد من ثبات أدوات الدراسة.
- طريقة التجزئة النصفية: معادلة سبيرمان براون، معادلة جوثمان، وتم استخدامها للتأكد من ثبات الأداة.
- المتوسط الحسابي: وهو المقياس الأكثر استخداماً بين المقاييس النزعة المركزية وهو يمثل جمع الدرجات تم تقسيمها على عدد هذه الدرجات، تم استخدامه من أجل معرفة الاتجاه العام لإجابات أفراد عينة البحث (محمد أحمد عمر وآخرون، 2010، ص 32).
- الانحراف المعياري: وهو من أكثر مقاييس التشتت استخداماً، ويمثل الجذر التربيعي لمعدل مجموع مربعات انحرافات القيم عن متوسطها، تم استخدامه لمعرفة درجة تشتت القيم عن المتوسط، وكلما كانت قيمته كبيرة دل ذلك على زيادة تشتت الدرجات (عبد الله فلاح الميزل وعابش موسى عرابية، دس، ص 69).
- معامل بيرسون للإرتباط: وذلك لمعرفة وجود علاقة من عدمها بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحترق النفسي عند المختصين والمربين.

خلاصة الفصل:

وفي الأخير تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية لتحقيق أغراض الدراسة ميدانيا حيث تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية بأهم مجرياتها ومجال الدراسة في مختلف أبعادها الزمنية والمكانية والتعرف على عينة الدراسة ومعرفة المنهج المتبع لهذه الدراسة وكذلك الأدوات المستخدمة في جمع البيانات المعتمدة عليها في هذا البحث والأساليب الاحصائية المتبعة لتأكد من صحة النتائج.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

تمهيد.

أولاً: عرض نتائج الدراسة.

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

تمهيد

بعد ما تم التعرف في الفصل السابق على حدود ومنهج وأدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية تأتي في هذا الفصل إلى عرض نتائج الدراسة وتحليلها وتفسيرها وسيتم تأكيد أو نفي كل فرضية على حدى حسب ما تم التوصل إليه من نتائج.

أولاً- عرض نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

والتي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين. وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط بيرسون والجداول التالية توضح ذلك.

الجدول رقم (12): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعء الإجهاد الانفعالي.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	البعء
متوسطة	0.22	2.22	74	الإجهاد الانفعالي

المصدر: إعداد الطالبتين حسب مخرجات spss20

من خلال الجدول رقم (12) والذي يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعء الإجهاد الانفعالي نلاحظ أن هذا البعء جاء بدرجة متوسطة وذلك بمتوسط حسابي قدر بـ (2.22) وانحراف معياري قدر بـ (0.22) مما يشير ذلك إلى أن أفراد العينة يشعرون بالتعب والإرهاق والضعف بدرجة متوسطة وبالتالي وجود إجهاد انفعالي لديهم نتيجة ممارسة عملهم.

الجدول رقم (13): يوضح قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الإجهاد الانفعالي ومقياس قصور الانتباه.

المتغيرات	عدد أفراد العينة	قيمة معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الإجهاد الانفعالي قصور الانتباه	74	0.66	دال عند 0.01

المصدر: إعداد الطالبتين حسب مخرجات spss20

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الإجهاد الانفعالي وقصور الانتباه قدرت ب (0.66) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما يبين أن هناك علاقة طردية موجبة متوسطة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والإجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين.

2- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

والتي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبلد المشاعر عند المختصين والمربين. وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الارتباط بيرسون والجدول التالي توضح ذلك.

الجدول رقم (14): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعث المشاعر.

البعث	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
تبلد المشاعر	74	2.57	0.26	عالية

المصدر: إعداد الطالبتين حسب مخرجات spss20

يتبين من خلال الجدول أعلاه والذي يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعث تبلد المشاعر أن هذا البعث جاء بدرجة عالية وذلك بمتوسط حسابي قدر ب (2.57) وانحراف معياري قدر ب (0.26) مما يشير إلى أن أفراد العينة فقدوا الشعور الإنساني أثناء تعاملهم مع الآخرين والتعامل بطريقة سلبية وقاسية وبالتالي وجود تبلد المشاعر لديهم.

الجدول رقم (15): يوضح قيمة معامل الارتباط بيرسون بين تبلد المشاعر ومقياس قصور الانتباه.

المتغيرات	عدد أفراد العينة	قيمة معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
تبلد المشاعر	74	0.603	دال عند 0.01
قصور الانتباه			

المصدر: إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss20

يتبين من خلال الجدول (15) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين تبلد المشاعر وقصور الانتباه قدرت ب (0.60) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا ما يدل على وجود علاقة ارتباطيه موجبة متوسطة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبلد المشاعر عند المختصين والمربين.

3- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

والتي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحترق النفسي عند المختصين والمربين.

الجدول رقم(16): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعده الشعور بنقص الانجاز الشخصي.

البعده	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
الشعور بنقص الانجاز الشخصي	74	1.57	0.19	منخفضة

المصدر: إعداد الطالبتين حسب مخرجات spss20

يتبين من خلال الجدول أعلاه والذي يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والدرجة الكلية لبعده الشعور بنقص الانجاز الشخصي أن هذا البعده جاء بدرجة منخفضة وذلك بمتوسط حسابي قدر ب (1.57) وانحراف معياري قدر ب (0.19) وهذا ما يشير إلى أن أفراد العينة لديهم ارتفاع في مفهوم الذات والرضا عن العمل الذي يقومون به وبالتالي وجود الشعور بنقص الانجاز الشخصي لديهم كان شبه منعدم.

الجدول (17): يوضح معامل الارتباط بيرسون بين الشعور بنقص الانجاز الشخصي ومقياس قصور الانتباه.

المتغيرات	عدد أفراد العينة	قيمة معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الشعور بنقص الانجاز الشخصي	74	0.212	غير دال
قصور الانتباه			

المصدر: إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss20

يتبين من خلال الجدول (17) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الشعور بنقص الانجاز الشخصي وقصور الانتباه قدرت ب (0.21) وهو معامل ارتباط غير دال. وهذا ما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطيه بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين والمربين.

4- عرض نتائج الفرضية الرئيسية:

والتي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه والاحترق النفسي عند المختصين والمربين.

ولاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحترق النفسي عند المختصين والمربين.

الجدول رقم(18) : يوضح قيمة معامل الارتباط بيرسون بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد

والاحترق النفسي عند المختصين.

المتغيرات	عدد أفراد العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
قصور الانتباه	74	0.580	0.01
الاحترق النفسي			

المصدر: إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss20

نلاحظ من خلال الجدول (18) أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين قدرت ب(0.58)وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

وهذا يعني أن هناك علاقة طردية موجبة متوسطة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحترق النفسي عند المختصين.

ثانيا- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

وتنص الفرضية الأولى على أنه « توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والإجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين »،وبعد التحقق من صدق هذه الفرضية باستخدام المتوسطات الحسابية ومعامل الارتباط بيرسون اتضح لنا من خلال النتائج المتحصل عليها عليها من الجدولين (11) و(12) أنه توجد علاقة ارتباطيه طردية موجبة متوسطة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والإجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين، حيث قدر معامل الارتباط لهذه الفرضية 0,66 وهو دال عند (0,01) مما يشير إلى تحقق هذه الفرضية، وتبرر الباحثان هذه النتيجة بالأعباء الإدارية والمسؤوليات الزائدة المطلوبة والموجهة إلى المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي

قصور الانتباه وما يواجههم من ضغوطات نفسية من قبل هؤلاء الأطفال لعدم التزامهم وممارسة ما يقدم لهم وعجزهم في القاء انتباههم وتركيزه على المثيرات المستهدفة مما يسبب ضغوط متراكمة لدى المختص و المربي، وأيضا كثرة الطلبات والمسؤوليات تؤدي به إلى الشعور بالتعب، وبالرجوع إلى الأدب النظري نجد أن "السعيد الظفري وإبراهيم القريوتي" يعرفان الإجهاد الانفعالي بأنه شعور عام بالتعب ينتاب الفرد نتيجة لأعباء العمل والمسؤوليات الكثيرة التي تلقي على عاتقه يصل فيه للمستوى الذي يعجز فيه عن العطاء(سعيد الظفري وإبراهيم القريوتي،2010،ص180)، كما تعزى نتيجة هذه الفرضية إلى استنزاف المختص والمربي لطاقتهم البدنية والنفسية أثناء تعاملهم مع الطفل التوحدي ذوي قصور الإنتباه نتيجة تعرضه للمهام الضاغطة، وقد فسر هذا في "نموذج مسلاش وجاكسون" الذي يشير إلى أن الاحتراق النفسي يبدأ بالإجهاد الانفعالي نتيجة تعرض الفرد لموقف ضاغط ثم يستمر مع تبدل المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي وهذا كما أشارت إليه "ILISABATH GREBOT" في هذا النموذج (معروف محمد،2013،ص23) .

وقد تشابهت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة "عمر محمد الخرابشة" (2005)، التي توصلت إلى أن الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة متوسطة على بعد الاجهاد الانفعالي، وأيضا دراسة "راضي وعبد الحافظ" (2012)، التي بينت نتائجها أن معلمات التربية الخاصة يعانون من مستوى معتدل من الإجهاد الانفعالي، أيضا دراسة "السرطاوي" (1997) التي توصلت إلى وجود مستوى معتدل من الاحتراق النفسي في بعد الإجهاد الانفعالي، في حين تخالفت مع نتائج دراسة "مهند عبد سليم عبد العالي" (2003)، التي توصلت إلى أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة مرتفعة على بعد الاجهاد الانفعالي، وهذا كله يشير إلى أن الأفراد العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة لديهم احتراق نفسي على بعد الاجهاد الانفعالي يتراوح بين المعتدل والمتوسط.

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

وتنص الفرضية الثانية على أنه «توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقته بتبدل المشاعر عند المختصين والمربين»

وبعد التحقق من صدق الفرضية باستخدام المتوسطات الحسابية ومعامل الارتباط بيرسون اتضح لنا من خلال النتائج المتحصل علينا في الجدولين (13) و(14) أنه توجد علاقة ارتباطية طردية موجبة متوسطة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبدل المشاعر عند المختصين والمربين، حيث قدر

معامل الارتباط لهذه الفرضية ب (0.60) وهو دال عند (0.01) مما يشير إلى تحقق هذه الفرضية وتبرر الباحثان هذه النتيجة بوجود صعوبة لدى المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه في تقبل المشاعر المتناقضة التي يعيشونها وعدم قدرتهم على التعبير عن مشاعرهم إضافة إلى طبيعتهم العصبية بسبب عملهم مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه، وأيضاً كثرة الأعباء الملقاة على عاتق هؤلاء المختصين والمشاكل المحيطة بهم تجعلهم عرضة لضمور المشاعر وتبلدها وبالعودة إلى الجانب النظري فقد أكدت " ختام علي الضمور " أن تبلد المشاعر يشير إلى العلاقات الشخصية وفقدان الشعور الانساني عند التعامل مع الآخرين ومعاملتهم بطريقة سلبية قاسية (ختام علي الضمور، 2008، ص8) كما تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى وجود شعور بعدم التكيف النفسي والمهني لدى المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه مما يؤدي إلى فقدان شعورهم بمعنى الحياة العملية وبالتالي فقدان طعم الحياة ككل وهذا ما أكدته النظرية الوجودية التي تركز في تفسيرها للاحتراق النفسي على عدم وجود المعنى في حياة الفرد، فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته فإنه يعاني نوعاً من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته وبالتالي تبلد مشاعره (بوقرة مختار، 2012، ص28)، كما تعزى الباحثان نتيجة هذه الفرضية أيضاً إلى الشك عدم ثقة المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه بالآخرين إضافة إلى التقليل من أهمية الغير والعجز عن مواجهة المشاكل العلائقية.

وقد تشابهت نتيجة هذه الفرضية مع بعض الدراسات السابقة كدراسة "عمر محمد الخرايشة (2005) التي توصلت إلى أن درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة متوسطة على بعد تبلد المشاعر، وأيضاً دراسة "مهند عبد سليم عبد العلي" (2003) التي بينت نتائجها أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة معتدلة على بعد تبلد المشاعر، إضافة إلى دراسة "راضي وعبد الحافظ" (2012)، والتي توصلت إلى أن معلمات التربية الخاصة يعانون من مستوى معتدل من تبلد المشاعر.

واختلفت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة "السرطاوي" (1997)، التي توصلت إلى وجود مستوى متدني من الاحتراق في بعد تبلد المشاعر.

فمن خلال نتائج الدراسة وتفسيرها نتوصل الى أن أفراد العينة يفقدون الحيوية والنشاط عند تعاملهم مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه كما يجدون صعوبة في فهم مشاعرهم وتقديم المساعدة لهم وفقدان روح التعامل والتعاون في اطار عملهم.

3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقته بالشعور بنقص الانتباه الشخصي عند المختصين والمربين، وبعد التحقق من صدق هذه الفرضية باستخدام المتوسطات الحسابية ومعامل الارتباط بيرسون اتضح لنا من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدولين (16) و (17) أنه لا توجد علاقة ارتباطيه بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين والمربين، حيث قدر معامل الارتباط لهذه الفرضية ب 0.21 وهو غير دال مما يشير إلى عدم تحقق هذه الفرضية، وتبرر الباحثان هذه النتيجة إلى ارتفاع مفهوم الذات لدى المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه، وقد تعزى نتيجة هذه الفرضية أيضا إلى أنه رغم كثرة متطلبات العمل مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه إلا أنهم لا يشعرون بالتقصير نحو عملهم أو أنهم لا يقيمون أدائهم بسلبية، إضافة إلى قدرة هؤلاء المختصين والمربين من وضع أهداف واقعية منذ بداية عملهم مع أطفال التوحد تطور من أدائهم مستقبلا، كما يمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى ثقة المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه بقدرتهم الشخصية في ميدان العمل مما يجعلهم يركزون على المشاكل التي تخص أطفال التوحد والعناية بهم من جميع النواحي بالطريقة المطلوبة، وبالعودة إلى الجانب النظري فان النظرية المعرفية ترد سلوك الإنسان إلى أنه مصدر داخلي معرفي كعمليات عقلية يدرك من خلالها الفرد الموقف ليستجيب ويحقق الهدف المحدد، فإذا كان إدراكه ايجابيا ينتج عنه الرضا والمعنوية العالية (محمود جمال السلخي، 2013، ص 4) وهذا ما يبدو أنه قد برز عند أفراد العينة مما أدى إلى ارتفاع الشعور بالإنجاز الشخصي لديهم، كما وتعزى الباحثان نتيجة هذه الفرضية أيضا إلى رضا المختصين والمربين عن عملهم وسيرهم وفق مبادئ تقودهم إلى الشعور بتأثيرهم الايجابي في حياة الكثير من أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه وهذا ما أشار إليه فرودينبرجر في الأسباب الفردية لحدوث الاحتراق النفسي حيث أكد أنه كلما كانت درجة تقييم الفرد لنفسه ولقدراته مرتفعة كان شعوره بالإنجاز الشخصي مرتفعا والعكس كلما كانت درجة تقييم الفرد لنفسه ولقدراته منخفضة كان هناك شعور بنقص الانجاز الشخصي.

وقد تشابهت نتيجة هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة مهند عبد سليم عبد العلي (2003) التي توصلت إلى أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة متدنية على بعد الشعور بنقص الانجاز الشخصي، واختلفت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة راضي وعبد الحافظ (2012) التي توصلت إلى أن معلمات التربية الخاصة يعانين من مستوى عالي من نقص الشعور بالإنجاز، وأيضاً دراسة السرطاوي (1997) التي توصلت إلى وجود مستوى معتدل من نقص الانجاز، إضافة إلى دراسة عمر محمد الخرايشة (2005) والتي توصلت إلى أن درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة عالية على بعد نقص الشعور بالإنجاز.

ومن خلال نتائج الفرضية الفرعية الثالثة وتفسيرها نصل الذي أن المختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه ليس لديهم احتراق نفسي على بعد الشعور بنقص الانجاز الشخصي

4- مناقشة و تفسير الفرضية الرئيسية:

وتنص الفرضية الرئيسية على « وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين» وبعد التحقق من صدق الفرضية باستخدام المتوسطات الحسابية ومعامل الارتباط بيرسون اتضح لنا من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (16) أنه توجد علاقة طردية موجبة متوسطة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين حيث قدر معامل الارتباط لهذه الفرضية بـ (0.58) عند مستوى الدلالة (0.01) مما تشير إلى تحقق الفرضية الرئيسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بعدة عوامل محيطة لأن هذه الظاهرة تمس كل من المختصين والمربين الذين يتعاملون مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه نتيجة عبء عملهم والمسؤوليات المستمرة والمتزايدة، فبالرجوع إلى أدبيات بحثنا نجد أن فرويدنبرجر عرف الاحتراق النفسي على أنه حالة إنهاك تحصل نتيجة للإعباء والمتطلبات الزائدة والمستمرة والملقاءة على الأفراد على حساب طاقتهم وقوتهم (علي عبد الرحيم صالح، 2014، ص15)، فهي ظاهرة تتعلق بالجانب النفسي لدى الفرد والفرق في حدوثها يرجع إلى كيفية مواجهة الفرد لها فتتراوح مستوياتها بين احتراق نفسي متعادل وبين المتوسط وبين الشديد وهذا ما أشار إليه بدران (1997) بأن للاحتراق النفسي ثلاث مستويات (احتراق نفسي متعادل، احتراق نفسي متوسط، واحتراق نفسي الشديد) (سنابل أمين صالح جزار، 2011، ص28، 27)، فنتيجة تعامل الفرد مع ظروف العمل المحيطة بي هي التي تحدد الدرجة التي وصل إليها وهذا ما أكدته النظرية السلوكية

لسكينر أن عملية الاحتراق النفسي ناتجة عن عوامل بيئية وأنه يمكن التحكم بعملية الاحتراق النفسي بالدرجة التي نستطيع فيها التحكم بالظروف البيئية المحيطة (بوقرة مختار، 2012، ص28،27).

وما لاحظناه على نتائج أفراد العينة أنه كلما زاد قصور الانتباه عند أطفال التوحد زاد الاحتراق النفسي عند المختصين والمربين وقد يعزى هذا أيضا إلى بعض العوامل كعدم قدرة المختصين والمربين على التكيف شكل كبير وفعال مع ضغوط العمل الناتجة عن تعاملهم مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه خاصة وأن هؤلاء الأخيرين يصعب التعامل معهم كونهم يتسمون بالعجز في تشغيل انتباههم أي لا يستطيعون تعديل انتباههم من مثير إلى آخر ولو حدث ذلك فإنه يتم بصورة بطيئة جدا وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر ردود الفعل لديهم كل هذا قد يذهب بالمختصين والمربين إلى بدل جهد كبيرا وتراكم أعباء العمل عليهم وعدم قدرتهم على تحمل المسؤوليات والمتطلبات المتراكمة ومواجهة مختلف الظروف الضاغطة، أيضا قد تكون بيئة العمل وخصائص المركز أو العيادة في علاقات سلبية مع الزملاء والمسؤولين فلا تخلق جو مناسب للعمل وتجاوز الضغوطات وهذا ما أشار إليه "نموذج تشيزنس" (1980) في أن وجود خصائص محيطة بالعمل سلبية وخصائص المركز أو العيادة في علاقات سلبية تؤدي إلى تكوين اتجاهات سلبية لدى الفرد وتجعله غير قادر على التعامل مع مصادر الضغوط الملحة فيجد نفسه في شرك الاحتراق النفسي (معروف محمد، 2013، ص26،25)، وقد تعزى أيضا نتائج الدراسة إلى عدم قدرة المختصين والمربين على التعايش مع مختلف المشاكل التي تواجههم في عملهم وشعورهم بالتعب والإرهاق وهذا ما أكدته "نظرية جاشطلت" على أن توظيف عملية الاستبصار في إدراك الضغوط النفسية ومحاولة الإدراك الكلي للحدث الضاغط كإدراك مسبباته وظروفه وقواعد وإدراك الحلول الملائمة للتعامل معه حيث تمثل هذه العملية المدخل الأساسي والإطار الثابت الذي يؤدي إلى حل المشكلة أو يؤخر حلها وإذا تأخر حلها فقد يؤدي بالشخص للاحتراق النفسي (هوازي أحلام، 2014، ص46).

وأیضا قد ترجع الباحثان ظهور الاحتراق النفسي ببذل جهود كبيرة باستمرار وضغط المختصين والمربين على ذاتهم بما يفوق طاقتهم وعدم قدرتهم على تجاوزها وهذا ما أكدته "نظرية التحليل النفسي" التي فسرت الاحتراق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة وذلك مقابل الاهتمام بالعمل مما قد يمثل جهدا مستمرا لقدرات الفرد مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية (عمار الفريجات ووائل الریصي، 2010، ص7)، كما يمكن تبرير النتيجة المتوصل إليها إلى

الانشغال الدائم والاستعجال في انهاء مهامه مع أطفال التوحد ذوي قصور الانتباه التي يسجلها المختص والمربي لنفسه كل يوم فيصبح أن كل ما يهيمه هو السرعة وليس الاهتمام بتخفيف الاضطراب لدى الأطفال المتوحدين كونهم يفلشون في تكوين وتوجيه انتباههم والانتباه للأجزاء الصغيرة جدا بدلا من النظرة الكلية للمهمة أو الموقف ومحدودية انتباههم فتجعل ذلك المختص والمربي قاسيا في تعامله، وتجدر الإشارة إلى أننا نلاحظ في النتائج المتوصل إليها أن أفراد عينة الدراسة لم يصلو إلى المرحلة الحرجة من مراحل الاحتراق النفسي والتي تشكل المرحلة الأخيرة منه فقد حدد "ماتيسون وانفاسيفيش" أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث فجأة وانما تتضمن عدة مراحل والمتمثلة في المرحلة الأولى وهي مرحلة الاستغراق والمرحلة الثانية وهي مرحلة التبدل والمرحلة الثالثة وهي مرحلة الانفصال أما المرحلة الرابعة والأخيرة فتتمثل في المرحلة الحرجة (نوال عثمان بن أحمد الزهراني،14،15)، كما أنهم وصلوا إلى المستوى المتوسط من مستويات الاحتراق النفسي ولم يصلوا إلى أكبر مستوى الذي يمثل احتراق نفسي شديد فقد كانت هناك علاقة ارتباطية موجبة متوسطة وتشبه هذه النتيجة مجموعة من الدراسات والأبحاث التي اطلعت عليها الباحثتان " كدراسة الزيودي " (2007)، التي توصلت إلى أن معلمي التربية الخاصة يعانون من مستويات في الاحتراق وتتراوح بين المتوسط والعالي و "دراسة أسامة البطانية" (2005)، الذي قال بأن معلمي غرف المصادر يعانون من مستويات متوسطة في الاحتراق النفسي ودراسة "نايف علي علي" (2015)، التي أفرت أن مستوى الاحتراق النفسي عند معلمين أطفال ذوي اضطراب التوحد كان ضمن المتوسط وأيضا "دراسة الدبابسة" (1993)، التي توصلت إلى أن لدى معلمي التربية الخاصة درجة متوسطة من الاحتراق النفسي و"دراسة فرح" (2001) التي تنص على أن درجة الاحتراق النفسي كانت متوسطة لدى الأفراد العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة. فكل هذه الدراسات كانت عينتها ضمن العاملين في التربية الخاصة والتي تطابق عينة دراستنا التي تتدرج هي الأخرى مع أولئك العاملين في هذا المجال.

إن كل دراسة تنطلق من إشكال يتطلب الإجابة عنه أو تشخيص مصدر المشكلة، وقد عملت الطالبتان في هذه الدراسة على الإجابة عن التساؤل الرئيسي وحاولتا من خلاله معرفة العلاقة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحترق النفسي عند المختصين والمربين، كما أنه لكل دراسة أهداف وفرضيات توجهها إلى مسارها الحقيقي وتوضح لها الأدوات اللازمة لموضوع الدراسة وتحدد المنهج الملائم لها، حيث انطلقت الباحثتان من فرضيات تم اختبارهم ميدانيا ومعالجتهم إحصائيا فكانت نتائج هذه الفرضيات محققة ماعدا الفرضية الفرعية الثالثة لم تتحقق، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحترق النفسي عند المختصين والمربين، كما توصلت الدراسة أيضا إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاجهاد الانفعالي عند المختصين والمربين، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا عند نفس مستوى الدلالة بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وتبلد المشاعر عند المختصين والمربين، وعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قصور الانتباه لدى أطفال التوحد والشعور بنقص الانجاز الشخصي عند المختصين والمربين.

وفي الأخير نأمل أن تكون هذه الدراسة انطلاقة للاهتمام وتوجيه العناية بالمختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد من أجل التقليل من ظاهرة الاحترق النفسي التي تشكل خطرا كبيرا على الصحة النفسية الفرد.

مقترحات وتوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج توصي وتفتح الباحثان ما يلي:

- إجراء الدراسة على عينة كبيرة من المختصين والمربين في مختلف المؤسسات.
- الاهتمام أكثر بالدراسات الموجهة للعاملين مع أطفال التوحد لأنهم بحاجة إلى الدعم والتوجيه.
- القيام بدراسات وأبحاث ذات علاقة بقصور الانتباه لدى أطفال التوحد والاحتراق النفسي عند المختصين والمربين خاصة وأن الدراسة الحالية اقتصرت على بحث العلاقة فقط مما يترك المجال مفتوحاً أمام الباحثين ببحث الفروق في الدراسة.
- إجراء دراسات حول الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات مثل (تقدير الذات - مستوى الطموح - الدافعية للإنجاز - قلق المستقبل)
- إجراء دراسات حول قصور الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات مثل (المعاملة الوالدية - الضغوط النفسية - استراتيجيات التعامل)
- فتح دورات تكوينية للمختصين والمربين العاملين مع أطفال التوحد من أجل زيادة كفاءتهم وخبرتهم.

قائمة المراجع

1. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2010): التوحد (السلوك والتشخيص والعلاج)، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
2. أحلام هوارى (2014): الاحتراق النفسي لدى مستشاري التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص انتقاء وتوجيه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
3. أحمد بني أحمد (2007): الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
4. أحمد نايل الغرير وبلال أحمد عودة (2009): سيكولوجية أطفال التوحد، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
5. أسامة فاروق مصطفى (2015) : مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب - التشخيص والعلاج)، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
6. أسامة فاروق مصطفى و السيد كامل الشربيني (2011): التوحد (الأسباب - التشخيص - العلاج)، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
7. أسامة محمد البطاينة ومالك أحمد الرشدان وآخرون (2009) : صعوبات التعلم (النظرية والممارسة)، ط3 دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
8. أشرف سعد نخلة (2013): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
9. أماني عبد الله علي (2013): الاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة في إفريقيا وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، تخصص الفلسفة في علم النفس، جامعة الخرطوم.
10. أمينة لحمري (2015) : بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، الجزائر.
11. أمينة عزيزتي (2018): الاحتراق النفسي لدى أساتذة التعليم المتوسط، pmb,univ,saida

12. أنس عبدو شكشك، (2009) : الأمراض النفسية والعلاج النفسي، د ط، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
13. أنور قاسم العزاوي وإياد محمد يحي (2007): الاحتراق النفسي لدى معلمات الصفوف الخاصة، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، العدد 2، جامعة الموصل.
14. بطرس حافظ بطرس (2007): إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم ، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان .
15. بوبكر دبابي (2009): مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الابتدائية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد 9، الجزائر.
16. جاجان جمعة الخالدي ورشيد حسين أحمد البرواري (2013): الاحتراق النفسي لدى المرأة، ط1 ، دار الجرير للنشر والتوزيع ، عمان .
17. حازم رضوان آل إسماعيل (2011): التوحد واضطرابات التواصل ، ط1 ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، عمان .
18. حليلة عطية حسن جلنبو (2016): مستوى ممارسة معلمي المدارس الأساسية الخاصة في محافظة العاصمة عمان لأنماط الإدارة الصفية وعلاقته بالاحتراق النفسي لديهم من وجهة نظرهم ، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الإدارة والقيادة التربوية، كلية العلوم التربوية، جامعة الشرق الأوسط.
19. ختام علي الضمور (2008): الاحتراق النفسي لدى الأم العاملة وأثره في طريقة تعامل الأم مع الأبناء من وجهة نظر الأمهات العاملات في محافظة الكرك، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الإرشاد النفسي والتربوي، كلية علوم التربية، جامعة مؤتة، الأردن.
20. رحيم يونس كرو العزاوي (2008): مقدمة في منهج البحث العلمي، ط1، دار دجلة ناشرون وموزعون، عمان.
21. روان الصباح (2018) : بحث علمي عن التوحد، [http //mawwdo03. com](http://mawwdo03.com)
22. روان محمد ما المقصود(2018) : بمرض التوحد، [http //mawwdo03. Com](http://mawwdo03.Com)
23. ريما يسرى خضر وسعاد محمد خالد(2007): صعوبات التعلم، ط1، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان.

24. زكية بن عربي (2010): اضطراب الانتباه وعلاقته بالأداء المدرسي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر2.
25. زيني مشكو حجي الحراقي (2009): دراسة مقارنة في الاحتراق النفسي لدى مدرسي كلية التربية الرياضية، مجلة الرافدين للعلوم الرياضية، العدد 52، جامعة الموصل.
26. سامر جميل رضوان (2007): الصحة النفسية، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان .
27. سعيد الظفري وإبراهيم القريوتي (2010): الاحتراق النفسي لدى معلمات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، المجلة الأردنية في علوم التربية، العدد 3، سلطنة عمان.
28. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010): اضطرابات النطق والكلام اللغوة لدى المعاقين عقليا والتوحيدين، ط، دار
29. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010): سيكولوجية صعوبات التعلم، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية.
30. سنابل أمين صالح جرار (2011): الجدية في العمل وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى مديري المدارس الحكومية الثانوية في محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الإدارة التربوية، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
31. السيد علي سيد أحمد (1999) : اضطراب الانتباه لدى الطفل (أسبابه-تشخيصه - علاجه)، ط1، توزيع مكتبة النهضة المصرية، القاهرة .
32. شوقي ممادي وعبد الفتاح أبي ميلود(2018): مدى معرفة معلمي المرحلة الابتدائية باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط، revues.centre-univ.dz
33. طلال عبد الرحمن الثقفي (2015) : فاعلية برنامج قائم على الانتباه المشترك لتنمية بمحافظه الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، قسم علم النفس، كلية التربية، المملكة العربية السعودية.
34. عادل عبد الله محمد (2018): التنبؤ التلازم المرضي بين اضطراب التوحد واضطراب قصور الانتباه، Plat form. Alma hai. Com

35. عامر نورة (2016): دراسة تشخيصية لإضطراب فرط النشاط المصاحب لخفض الإنتباه وعلاقته بمهارات التعلم، مجلة العلوم الانسانية، العدد6، أم بواقي.
36. عبد الرحمن سيد سليمان(2000):محاولة لفهم الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
37. عبد العزيز إبراهيم سليم (2011): الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ،ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان .
38. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2011): التربية الخاصة وبرامجها العلاجية ، ط 1 ، مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة .
39. عبد الفتاح علي غزال (2012): سيكولوجية الإعاقات(النظريات والبرامج العلاجية)، د ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
40. عبد الفتاح محمد خواجا (2009): الإرشاد النفسي، ط ،دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان.
41. عبد الله حسين الزعبي (2014): التوحد، د ط، دار الخليج للنشر والتوزيع، د بلد.
42. عبد الله فلاح المنيزل وعائش موسى عرايبة (د س) : الإحصاء(تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
43. علي عبد الرحيم صالح (2014): المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية، ط 1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
44. عماد عبد الرحيم الزغول (2012): الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
45. عمار الفريحات ووائل الربصي (2010): مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في محافظة عجلون، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة البلقان التطبيقية، العدد 5، الأردن.
46. عيناذ ثابت إسماعيل (2017): دراسة استكشافية للاضطراب ما وراء المعرفي لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه، أطروحة دكتوراه غير منشورة، في علم النفس المرضي النمو، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
47. فاطمة الزهراء حاج صابري (2014): اضطراب الانتباه، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرياح، العدد17، ورقلة.

48. فرج عبد القادر طه وآخرون (2003): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط 1، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.
49. فطيمة دبراسوا (2016): طريقة دراسة الحالة في تشخيص صعوبات التعلم عند الأطفال المفرطين في الحركة مع قصور في الانتباه ، Biskra.univ-biskra.dz
50. ماجدة السيد عبيد (2013): صعوبات التعلم وكيفية التعامل معها، ط 2، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
51. محمد أحمد خطاب (2009): سيكولوجية الطفل ألتوحدي (تعريفها - تصنيفها- أعراضها - تشخيصها- أسبابها- التدخل العلاجي)، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
52. محمد أحمد عمرو وآخرون (2010): القياس النفسي والتربوي، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
53. محمد بكر نوفل وفريال محمد أبو عواد (2010): التفكير والبحث العلمي، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
54. محمد حسن غانم (2004): مناهج البحث في علم النفس، ط 1، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
55. محمد ربيع الصياح (2014): فاعلية برنامج إرشادي معرفي- سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.
56. محمد عبيدات وآخرون (1999): منهجية البحث العلمي، ط 2، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
57. محمد عدنان عليوات (2007): الأطفال التوحديين، د ط، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
58. محمد كريبع (2010): الرضا الوظيفي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المدربين، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص إرشاد نفسي رياضي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
59. محمد كمال ابو الفتوح عمر (2012): الأطفال الأوتيستك، ط 1، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.

60. محمد معروف (2014): استراتيجيات التعامل مع الاحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الصحة النفسية والتكيف المدرسي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، وهران.
61. محمود جمال السلخي (2013): مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الإسلامية العاملين في المدارس الخاصة في ضوء بعض المتغيرات، مجلة دراسات العلوم التربوية، جامعة بيرنا الخاصة، العدد 4، عمان.
62. محمود فتوح محمد سعادات (د س): اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط (صعوبات التعلم النمائية)، د ط، شبكة الألوكة، د بلد.
63. مختار بوفرة (2012): الاحتراق النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي لدى مدرسي التعليم الابتدائي، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الصحة النفسية والتكيف المدرسي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، وهران.
64. مريم مساعدة (2018): ذوي الاحتياجات الخاصة، . [http //mawwdo03. Com](http://mawwdo03.Com)
65. نادية سعيد عاشور (2016): منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط 1، مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع، قسنطينة.
66. نايف بن عابد الزراع (2010): المدخل إلى اضطراب التوحد (المفاهيم الأساسية وطرق التدخل)، ط 1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
67. نبيل منصوري (2011): مفهوم الذات وعلاقته بظاهرة الاحتراق النفسي لدى حكام كرة القدم، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الإرشاد النفسي الرياضي، معهد التربية البدنية والرياضة، جامعة الجزائر 3، زرادة.
68. نبيلة باوية (2012): مستوى الاحتراق النفسي لدى الطالب الجامعي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، العدد 8، ورقلة.
69. نعيمة طايبي (2013): علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفس جسدية لدى الممرضين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، الجزائر.

70. نوال بنت عثمان بن أحمد الزهراني (2008): الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض السمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
71. هبة محمد عبد الحميد (2008): معجم مصطلحات التربية وعلم النفس ، ط 1، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان.
72. هناء بوحارة (2012): الاحتراق النفسي وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى أعوان الحماية المدنية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة فرحات عباس، سطيف.
73. وليد السيد خليفة و سريناس وهدان (2014): المنظور الحديث للبرامج العلاجية لدى الاضطرابات السلوكية و الأوتيزم، ط 1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
74. Carien karsten(2008):overcoming burnout in 30day,uitegeverij elmar rijswijk.
75. Cristina maslach, prologue by Philip G.ZIMBARDO(2015): burnout the cost of caring ,artist rights society, losaltos,ca.
76. Mireille lemahieu (2008):le livre blanc de L'autisme,association reconnue d'utilité publique.

الملاحق

الملحق (01): قائمة بأسماء السادة المحكمين

الدرجة العلمية	التخصص العلمي	أسماء المحكمين	الرقم
دكتوراه	علم النفس العيادي	براجل إحسان	01
دكتوراه	تكنولوجيا التربية والتعليم	بشنة حنان	02
دكتوراه	علم النفس العيادي	دعاس حياة	03
أستاذ محاضر	إرشاد وتوجيه تربوي ومهني	عبايدية أحلام	04
أستاذ محاضر	علوم التربية	قرفي محمد	05
أستاذ محاضر	علوم التربية	مسعودي لويذة	06

ملحق رقم 02 : مقياس الدراسة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



مقياس بحث حول:

قصور الانتباه لدى أطفال التوحد وعلاقته بالاحتراق النفسي عند المختصين و المربين .
-دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية جيجل-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية
تخصص : علم النفس التربوي

في إطار إعداد مذكرة لنيل شهادة الماستر ، يشرفني ان أطلب منكم الاجابة على البنود التي يتضمنها المقياس بوضع علامة (x) أمام الإجابة المناسبة ، وأحيطكم علما بأن المعلومات الواردة في هذا المقياس سرية ولا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي .
وشكرا على تعاونكم معنا .

السنة الجامعية :

2019/ 2018

اولا : البيانات الشخصية

1 . الجنس: ذكر

أنثى

2 . الوظيفة: مختص نفسي
مختص أرطوفوني
مختص تربوي
مختص اجتماعي
مربي

3 . سنوات الخبرة: من 1سنة إلى 10سنوات

من 11سنة فما فوق

ثانيا - مقياس الاحتراق النفسي للمختصين والمربين :

الرقم	العبارات	دائما	أحيانا	أبدا
01	أنفعل أثناء تعاملي مع أطفال التوحد.			
02	أستنفد كامل طاقتي عند نهاية كل يوم أفضيه في المركز.			
03	أقوم بمهنة تتطلب جهدا كبيرا.			
04	أتحمل نتائج تصرفاتي أثناء عملي مع أطفال التوحد.			
05	أقوم بمهامي مع أطفال التوحد بانزعاج كبير.			
06	أجد صعوبة وضع خط فاصل بين انفعالاتي وطبيعة عملي			
07	أجد صعوبة في تجاوز الضغوط التي أوجهها في العمل.			
08	أحتاج الى ساعات نوم أكثر بسبب الجهد الذي أبدله في العمل .			
09	أرفه عن نفسي عقب الانتهاء من العمل.			
10	أتناول دواء يساعدي على الاسترخاء و النوم.			
11	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري بسهولة.			
12	أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من النشاط.			
13	أجد صعوبة تقبل المشاعر المتناقضة التي أعيشها.			
14	أشعر بالضيق اثناء تعاملي مع اطفال التوحد.			
15	أسعى الى مساعدة أطفال التوحد مهما كلفني ذلك.			
16	اصبحت عصيبا بسبب عملي مع أطفال التوحد.			
17	أشعر بعدم بالرضا عن ذاتي.			
18	أفقد الثقة بقدراتي الشخصية في ميدان العمل.			
19	يصعب علي وضع أهداف واقعية تطور أد.			
20	يراودني شعور بعدم الرضا عن عملي.			
21	يصعب علي التعامل مع المشاكل العاطفية التي تخص اطفال التوحد بهدوء.			
22	أشعر أن لي تأثيرا ايجابيا في حياة الكثير من أطفال التوحد.			

			لدي صعوبة تفهم شعور أطفال التوحد.	23
--	--	--	-----------------------------------	----

ثالثا- مقياس قصور الانتباه لأطفال التوحد من وجهة نظر المختصين والمربين.

الرقم	العبارات	دائما	أحيانا	أبدا
01	يلتفت بسهولة للمثيرات الخارجية .			
02	يبدو مشوش أثناء قيامه باي عمل.			
03	يغرق في احلام اليقظة اثناء قيامه بالأنشطة .			
04	يجد صعوبة التذكر عندما تتعدد المثيرات من حوله .			
05	يجد صعوبة في تنظيم الانشطة .			
06	ينصت عند الحديث اليه .			
07	يجد صعوبة في المحافظة على الانتباه في المهام المكلف بها طويلا .			
08	يتعرض الى حوادث بسبب نقص انتباهه .			
09	يعاني شرودا ذهنيا عند قيامه بأنشطته.			
10	يجد صعوبة تركيز انتباهه.			
11	يفقد مستلزماته الضرورية لعدم تركيزه.			
12	يرتكب اخطاء نتيجة تسرعه.			
13	يستمع للتعليمات والأوامر الموجهة له .			
14	يجد صعوبة في انتظار دوره.			
15	يقاطع كلام الآخرين.			
16	يجد صعوبة البقاء في مقاعده .			
17	يفشل في انهاء واجباته .			
18	يتجنب القيام بالأنشطة التي تتطلب جهدا ذهنيا.			
19	ينقل من نشاط للآخر دون إتمام النشاط السابق .			
20	يجد صعوبة الاستجابة لمهامه .			
21	ينشغل بأموره الشخصية عند تكليفه بمهامه .			

			يبدو مهملاً للأنشطة التي يكلف بها.	22
			يترك مهامه ويهتم بالآخرين.	23

الملحق 03: مخرجات SPSS 20

ثبات ألفا كرومباخ لمقياس الاحتراق النفسي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,836	20

ثبات ألفا كرومباخ لمقياس قصور الانتباه

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,735	20

نتائج التجزئة النصفية لمقياس الاحتراق النفسي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,608
		Nombre d'éléments	12 ^a
	Partie 2	Valeur	,778
		Nombre d'éléments	11 ^b
		Nombre total d'éléments	23
Corrélation entre les sous-échelles			,765
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,867
	Longueur inégale		,867
Coefficient de Guttman split-half			,852

a. Les éléments sont : 1س, 2س, 3س, 4س, 5س, 6س, 7س, 8س, 9س, 10س, 11س, 12س.

b. Les éléments sont : 12س, 13س, 14س, 15س, 16س, 17س, 18س, 19س, 20س, 21س, 22س, 23س.

نتائج التجزئة النصفية لمقياس قصور الانتباه

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,067
		Nombre d'éléments	10 ^a
	Partie 2	Valeur	,710
		Nombre d'éléments	10 ^b
		Nombre total d'éléments	20
Corrélation entre les sous-échelles			,774
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,873
	Longueur inégale		,873
Coefficient de Guttman split-half			,808

a. Les éléments sont : 24س, 25س, 26س, 27س, 28س, 29س, 30س, 31س, 32س, 33س.

b. Les éléments sont : 34س, 35س, 36س, 37س, 38س, 39س, 40س, 41س, 42س, 43س.

نتائج صدق الاتساق الداخلي لمقياس قصور الانتباه

Corrélations

		قصور الانتباه	سهولة التشتت	بعضعف الانتباه	بعد الاندفاعية	بعصعوبة انتهاء المهام
قصور الانتباه	Corrélation de Pearson	1	,595**	,742**	,779**	,857**
	Sig. (bilatérale)		,006	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20
سهولة التشتت	Corrélation de Pearson	,595**	1	,134	,445*	,380
	Sig. (bilatérale)	,006		,573	,049	,098
	N	20	20	20	20	20
بعضعف الانتباه	Corrélation de Pearson	,742**	,134	1	,553*	,517*
	Sig. (bilatérale)	,000	,573		,012	,020
	N	20	20	20	20	20
بعد الاندفاعية	Corrélation de Pearson	,779**	,445*	,553*	1	,467*
	Sig. (bilatérale)	,000	,049	,012		,038
	N	20	20	20	20	20
بعصعوبة انتهاء المهام	Corrélation de Pearson	,857**	,380	,517*	,467*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,098	,020	,038	
	N	20	20	20	20	20

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

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

نتائج الاتساق الداخلي لمقياس الاحتراق النفسي

Corrélations

		مقياس الاحتراق النفسي	الانهكاك الانفعالي	تبلد المشاعر	الشعور بنقص الانجاز الشخصي
مقياس الاحتراق النفسي	Corrélation de Pearson	1	,927**	,967**	,904**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	20	20	20	20
الانهكاك الانفعالي	Corrélation de Pearson	,927**	1	,878**	,702**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,001
	N	20	20	20	20
تبلد المشاعر	Corrélation de Pearson	,967**	,878**	1	,834**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	20	20	20	20
الشعور بنقص الانجاز الشخصي	Corrélation de Pearson	,904**	,702**	,834**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	
	N	20	20	20	20

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

نتائج متوسطات الإجهاد الانفعالي

Statistiques

الإجهاد الانفعالي

N	Valide	74
	Manquante	0
Moyenne		2,2203
Ecart-type		,22144

نتائج متوسطات الشعور بنقص الانجاز الشخصي

Statistiques

الشعور بنقص الانجاز

N	Valide	74
	Manquante	0
Moyenne		1,8405
Ecart-type		,23636

نتائج متوسطات تبدل المشاعر

Statistiques

تبدل المشاعر

N	Valide	74
	Manquante	0
Moyenne		2,5743
Ecart-type		,26624

نتائج معامل الارتباط بيرسون بين مقياس قصور الانتباه و مقياس الاحتراق النفسي:

Corrélations			
		مقياس الاحتراق النفسي	مقياس قصور الانتباه
	Corrélation de Pearson	1	,580**
مقياس الاحتراق النفسي	Sig. (bilatérale)		,000
	N	74	74
	Corrélation de Pearson	,580**	1
مقياس قصور الانتباه	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	74	74

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

نتائج معامل الارتباط بيرسون بين مقياس قصور الانتباه و بعد الاجهاد الانفعالي:

Corrélations			
		مقياس قصور الانتباه	الاجهاد لانفعالي
	Corrélation de Pearson	1	,660**
مقياس قصور الانتباه	Sig. (bilatérale)		,000
	N	74	74
	Corrélation de Pearson	,660**	1
الاجهاد لانفعالي	Sig. (bilatérale)	,000	

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

نتائج معامل الارتباط بيرسون بين مقياس قصور الانتباه و بعد تبدل المشاعر

Corrélations			
		مقياس قصور الانتباه	تبدل المشاعر
	Corrélation de Pearson	1	,603**
مقياس قصور الانتباه	Sig. (bilatérale)		,000
	N	74	74
	Corrélation de Pearson	,603**	1
تبدل المشاعر	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	74	74

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

نتائج معامل الارتباط بيرسون بين مقياس قصور الانتباه وبعد الشعور بنقص الانجاز
الشخصي

Corrélations

		مقياس قصور الانتباه	الشعور بنقص الانجاز
مقياس قصور الانتباه	Corrélation de Pearson	1	,212
	Sig. (bilatérale)		,069
	N	74	74
الشعور بنقص الانجاز	Corrélation de Pearson	,212	1
	Sig. (bilatérale)	,069	
	N	74	74