

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى
أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم

رائدة عوده سلامه رزق الله

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1429 هـ / 2008 م

نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى
أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم

إعداد:

رائدة عوده سلامه رزق الله

بكالوريوس في الإرشاد التربوي والاجتماعي من هولندا

المشرف: الدكتور تيسير عبد الله

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد التربوي
والنفسى من قسم التربية/ عمادة الدراسات العليا / جامعة القدس

1429 هـ / 2008 م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
إرشاد نفسي وتربوي / كلية التربية وعلم النفس

إجازة الرسالة

نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى
أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم

اسم الطالبة: رائدة عوده سلامه رزق الله
الرقم الجامعي: 20610030

اسم المشرف: الدكتور تيسير عبد الله

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 24 / 12 / 2008م من لجنة المناقشة المدرجة
أسماؤهم وتواقيعهم:

- | | | |
|--------------|---------------------|-----------------------|
| التوقيع..... | د. تيسير عبد الله | 1- رئيس لجنة المناقشة |
| التوقيع..... | أ. د. أحمد فهيم جبر | 2- ممتحناً داخلياً |
| التوقيع..... | د. عبد عساف | 3- ممتحناً خارجياً |

القدس - فلسطين

1429 هـ / 2008 م

إهداء

إلى روح أبي رحمه الله، الذي لطالما حلم برؤية أبنائه وبناته يحملون أعلى الدرجات العلمية، وإلى أُمي الحنوننة الغالية التي لطالما منحتني الدعم والقوة للاستمرار في طلب العلم.

إلى إخوتي وأخواتي في الوطن والمهجر على دعمهم ومساندتهم لي طوال فترة الدراسة وحتى انجاز هذا العمل المتواضع.

إلى كل الأصدقاء والصديقات الذين لم يتوانوا عن تقديم الدعم والمساندة.

إلى كل من علمني حرفاً، وأُتار لي الدرب.

إلى كل الآباء والأمهات الساهرون على راحة أطفالهم.

إلى كل العاملين مع المجتمع الإنساني، وخاصة أولئك العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقات والاضطرابات.

إلى صناع القرار الساهرين على راحة أبناء هذه الأمة.

إلى مشرف هذه الرسالة، الدكتور تيسير عبد الله، الذي لم يتوانى عن تقديم الإشراف والدعم والمساندة في انجاز هذا العمل المتواضع

لهم جميعاً أهدي ثمرة جهودي وسهر الليالي، ولهم مني كل الحب والتقدير

إقرار

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع:

الاسم: رائدة عوده سلامه رزق الله

التاريخ : 2008/12/

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي أعانني على انجاز هذا البحث المتواضع، ولازمي طوال مدة دراستي إلى أن وصلت إلى نهاية الدرب، فهذا البحث حصيلة جهد كبير، وعمل تضافرت معه مساهمات وخبرات أكثر من فرد، ولذلك كان من الواجب أن نرد هذا الفضل إلى أصحابه، بكل معاني الشكر والتقدير إلى كل من كان لهم الفضل في إتمام هذه الرسالة وخص بالذكر:

الدكتور تيسير عبد الله الذي أشرف على هذه الدراسة، وعلى ما بذله من جهد طيلة فترة الإشراف، ولتوجيهاته الكريمة وتعاونيه ومآزرته التي تركت أكبر الأثر في إنجاز هذه الدراسة وإثرائها وخروجها بالشكل الذي هي عليه الآن. والى جامعة القدس على دورها الرائد في تقديم الاهتمام والتسهيلات للطلبة.

وأقدم بالشكر الجزيل إلى عضوي لجنة المناقشة، الأستاذ الدكتور أحمد فهيم جبر، والدكتور عبد عساف على ما قاما به من جهد حثيث في مراجعة الدراسة وتقويمها، ولتفضلهما بقبول المشاركة في مناقشة هذه الدراسة والعمل على إغنائها بخبرتهما.

والى السادة أعضاء لجنة التحكيم على تفضلهم بقراءة أدوات الدراسة وإبداء ملاحظاتهم وإرشاداتهم القيمة التي كان لها الأثر في خروج أدوات الدراسة بصورتها النهائية.

ويسرني أن أقدم بالشكر الجزيل إلى إخوتي وأخواتي وأبناءهم الذين قاموا بدعمي ومساعدتي، وأخص بالذكر أختي منى وابنتيها روزانا وفيرا، وتماما ورناء وساندرا وعوده جمال.

ويسرني أن أشكر كل من مدراء وأساتذة وأطفال مدرسة بطيركية اللاتين بيت جالا، ومدرسة هيرمان جماينر - SOS بيت لحم، ومدرسة وديع دعمس، ومدرسة ارطاس للبنين الابتدائية، ومدرسة بنات الخضر الابتدائية، ومدرسة ذكور الدهيشة الابتدائية، ومدرسة بنات الدهيشة الابتدائية، ومدرسة الناصرة، على المشاركة في الدراسة، وعلى تفضلهم واهتمامهم بتوزيع الاستبانات وجمعها، فلمني جزيل الشكر والامتنان. كما وأشكر الأمهات اللواتي قمن بتعبئة الاستبانات، وحرصهن على إرجاعها، فلهن مني وافر الشكر والتقدير.

وأخيراً لا يسعني إلا أن أشكر كل من ساهم في إنجاز هذه الدراسة وخروجها إلى أرض الواقع.

تعريف مصطلحات الدراسة:-

نوعية الحياة Quality of life:

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHOQOL, 1995) نوعية الحياة بأنها "إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة، وتوقعاته، ومعتقداته واهتماماته. ومفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد البدنية وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية، ومدى ارتباطها بالسمات البارزة لبيئته.

ويعرف فيلس وبيري (1995) نوعية الحياة بأنها الرفاه الشامل الذي يحتوي على مواصفات موضوعية والتقييم الذاتي للرفاه الجسمي، والمادي، والاجتماعي، والنفسي مع مدى تطور الفرد وأدائه للنشاطات الهادفة، جميعها مقيمة من خلال مجموعة من قيم الفرد الشخصية (Felce and Perry, 1995).

وتعرف هذه الدراسة نوعية الحياة إجرائياً بأنه المستوى الذي يحصل عليه الطفل من وجهة نظر أمه على الدرجة الكلية لمقياس صحة الطفل CHQ- PF50 أو على أحد أبعاد المقياس.

الرفاه Well-being :

وقد عرف فينهوفن (1994) الرفاه بأنه الدرجة التي يحكم بها الفرد على نوعية حياته ككل وبطريقة إيجابية محببة. وقد أكد على أن تقييم الأفراد لرضاهم عن حياتهم يتأثر بنوعين من العناصر: أولهما العواطف، وثانيهما الأفكار.

ويعرف إيكيرسلي (2005) الرفاه بأنه ليس فقط العيش حياة جيدة، وإنما الشعور بأن للحياة معنى، وتحقيق الطاقات الكامنه، والشعور أن للحياة قيمة.

السعادة Happiness:

تعرف السعادة بأنها الدرجة التي يقيم بها الفرد نوعية حياته الكلية بشكل إيجابي، وبمعنى آخر إلى أي مدى يحب الفرد الحياة التي يحيها (Veenhoven, 2001).

الرضا عن الحياة Life- Satisfaction :

يعرف الرضا عن الحياة على أنه تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل أو حكم بالرضا عن الحياة. ويمثل الرضا عن الحياة خلفية عامة للعديد من المقاييس النوعية للرضا، كالرضا عن العمل، أو الزواج، أو الصحة (أرجايل، 1993).

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه Attention deficit Hyperactivity Disorder:

يعرف الصبي (2004) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال والمراهقين، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، هذه الأعراض إذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها، قد تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة وفي المجتمع بصفة عامة.

وتعرف هذه الدراسة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل من وجهة نظر أمه على مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال، إما على الدرجة الكلية أو على أحد أبعاده.

الانتباه Attention:

يعرف أحمد وبدر (1999) الانتباه بأنه ملاحظة فيها اختيار وانتقاء، وحينما يحصر الفرد انتباهه أو يركز شعوره في شيء فإنه يصبح في حالة تهيؤ ذهني، وحينما ينتبه الفرد لشيء ما فإن أعضاء حسه تتكيف لاستقبال المنبهات من موضوع الانتباه "أي الشيء الذي احتل بؤرة الشعور" فيكون إدراكه أكثر وضوحاً عما يحيط به، كما أن تذكره يكون أفضل.

تشتت الانتباه Attention Deficit:

يعرف أحمد وبدر (1999) تشتت الانتباه بأنه عدم قدرة الطفل على التركيز على المنبهات المختلفة لمدة طويلة، ولذلك فإن الطفل يجد صعوبة في متابعة التعليمات وإنهاء الأعمال التي

يقومون بها، وأيضاً يكون لديهم ضعفاً في القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئون كثيراً، ويكون حديثهم غالباً غير مترابط في الحوار.

فرط الحركة :Hyperactivity

يعرف الشخص (1984) في إبراهيم (1999) فرط الحركة بأنه مستوى من النشاط الحركي يقوم به الطفل بصورة غير مقبولة، وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى نوعية الحياة وعلاقته باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، وذلك في الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 6-9 سنوات، حيث طبقت هذه الدراسة في العام الدراسي 2007/2008.

وتكون مجتمع الدراسة من كل أمهات أطفال محافظة بيت لحم في الفئة العمرية بين 6-9 سنوات. وبما أن الدراسة تعمل على دراسة الأطفال ولكن من وجهة نظر أمهاتهم، فقد كان الأطفال هم وحدة الاختيار. وتكون مجتمع الدراسة من أمهات هؤلاء الأطفال والبالغ عددهم (12992) طفل. وقد تكونت عينة الدراسة من (455) أم من أمهات أطفال المدارس في محافظة بيت لحم في الفئة العمرية بين 6-9 سنوات موزعين على المدارس الحكومية، والخاصة، ومدارس وكالة الغوث، تم اختيارهم بطريقة العينة الطبقية العشوائية. وتمثل العينة ما نسبته 3.5% من مجتمع الدراسة. وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في تطبيق هذه الدراسة، كما استخدمت الباحثة أداتين للدراسة هما: مقياس صحة الطفل (Child Health Questionnaire) CHQ - PF50، ومقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال.

وقد أظهرت الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم كان متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لنوعية الحياة 66.58 وانحراف معياري 12.52 وهي درجة متوسطة لنوعية الحياة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (1.09) وانحراف معياري (0.55). كما وأظهرت نتائج الدراسة بأن متغير عمل الأم هو المتغير الوحيد الذي يتنبأ بنوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، حيث بلغت قيمة ($R^2=0.036$) وهي دالة عند مستوى 0.001. وأظهرت نتائج الدراسة بأن متغير عمل الأم هو المتغير الوحيد الذي يتنبأ باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، حيث بلغت قيمة ($R^2=0.016$) وهي دالة عند مستوى 0.008.

كما وتبين وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين مستوى نوعية الحياة ودرجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، فقد وجد معامل ارتباط سالب دال إحصائياً بين المتغيرين، حيث كانت قيمة $r = (-0.415)$ وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.001) ، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، انخفض مستوى نوعية الحياة، والعكس صحيح.

أيضاً تم إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في متوسطات نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم لصالح الأمهات العاملات، ومستوى تعليمها لصالح حملة الدبلوم، ومكان سكنها لصالح سكان المدينة. كما وأشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في متوسطات نوعية الحياة تعزى الى عمر الأم.

كما وتبين إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في متوسطات درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، تعزى إلى عمل الأم لصالح الأمهات غير العاملات، ومكان سكنها لصالح الأمهات سكان المدينة، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة شيع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تعزى الى مستوى تعليم الأم وعمرها.

وخرجت الباحثة بعدد من التوصيات، أهمها الاهتمام برفع مستوى نوعية الحياة لدى الأطفال، وتقديم الخدمات والارشاد لهم، من أجل رفع مستوى نوعية حياة الأطفال بشكل عام، والأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بشكل خاص.

Quality of life (QoL) and its relationship to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among children in Bethlehem district from their mothers' perspective

Prepared by: Raida Rizkallah

Supervised by: Dr. Taiseer Abdullah

The Abstract

This study aimed at knowing the level of quality of life and its relationship to attention deficit hyperactivity disorder among children between (6-9) years old in Bethlehem district from their mothers' perspective. The study was conducted in the year 2007/2008.

The study population was composed of all mothers of children between (6-9) years old in Bethlehem district. Since the study was conducted from the mothers' perspective, the study population was composed of mothers of (12992) school children. A stratified random sample composed of (455) mothers of school children between (6-9) years old was distributed in private, government and UN schools. The sample represents 3.5% of the study population. This study used the descriptive methodology, and the tools used were the Child Health Questionnaire (CHQ- PF50) and the attention deficit hyperactivity scale.

The study showed that the level of quality of life among children of Bethlehem district from their mothers' perspective was moderate with mean (66.58) and standard deviation (12.52). The results revealed that 66.6% of the study sample indicates that their children have a moderate level of QoL, Also, the results showed that the level of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among children of Bethlehem district from their mothers' perspective was moderate, with mean (1.09), and standard deviation (0.55). Mother's work was the only predictive variable that predicts quality of life among children from their mothers' perspective; " $R^2 = 0.036$ " and was significant at level 0.001, besides, Mother's work was the only predictive variable that predicts attention deficit hyperactivity disorder among children from their mothers' perspective; " $R^2 = 0.016$ " and was significant at level 0.008.

The results showed that there was a significant relationship at ($\alpha = 0.05$) between the level of quality of life (QoL) and the level of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among children of Bethlehem district from their mothers' perspective. There was a negative correlation between the two variables, which mean the higher the degree of attention deficit hyperactivity disorder, the Lower the level of quality of life, and vice versa.

There were significant statistical differences at ($\alpha = 0.05$) in the level of quality of life among children of Bethlehem district from their mothers' perspective due to mother's

work in favor of working mothers, mothers' level of education in favor of diplome holders and mothers' place of residence in favor of city resedents. Besides, there was no significant statistical difference at ($\alpha = 0.05$) in the level of quality of life among children of Bethlehem district from their mothers' perspective due to mother's age.

Furthermore, the results showed that there were significant statistical differences at ($\alpha = 0.05$) in the level of Attention deficit Hyperactivity disorder among children of Bethlehem District from their mothers' perspective due to mother's work in favor of non-workers and mothers' place of resident in favor of village residents. Besides, there were no significant statistical differences at ($\alpha = 0.05$) in the level of attention deficit hyperactivity disorder among children of Bethlehem district from their mothers' perspective due to mother's level of education and age.

The researcher recommends paying more attention on children who has attention deficit hyperactivity disorder and providing them with counseling and facilities in order to enhance their quality of life.

الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 مقدمة الدراسة

2.1 أهمية الدراسة

3.1 أهداف الدراسة

4.1 أسئلة الدراسة

5.1 فرضيات الدراسة

6.1 محددات الدراسة

1.1. مقدمة:-

خلق الإنسان لكي يحيى ويعيش بسعادة، ولذلك لا بد من وجود مقومات لهذه الحياة. فحياة الإنسان لا تقتصر على تلبية الحاجات الأساسية والضرورية لبقائه، وإنما تتعدى ذلك لتشمل مقومات عقلية، ونفسية، ووجدانية، واجتماعية، كالقدرة على التفكير، وأخذ القرارات، والقدرة على السيطرة والتحكم، والصحة الجسمية والعقلية، والأحوال المعيشية، والعلاقات الاجتماعية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، والأوضاع المالية والاقتصادية، والتي بموجبها يمكن لكل شخص أن يحدد ما هو الشيء الأهم بالنسبة له، والذي يحقق له السعادة والرضا عن الحياة التي يحيها.

ولا بد أن يكون في حياة الإنسان شئ من النوعية أو الجودة، فمفهوم نوعية الحياة هو مفهوم افتراضي شائع ينقل إحساساً عاماً بالرفاه، ويتضمن جوانب من السعادة والرضا عن الحياة بشكل عام، وهو مفهوم واسع وذاتي أكثر من كونه مفهوماً محدداً وموضوعياً (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

ويمتلك الأفراد تعريفات مختلفة لنوعية الحياة الجيدة بالنسبة لهم. فلبعضهم، تتمثل نوعية الحياة بوجود فرصة عمل، وتكوين أسرة وأصدقاء. وللبعض الآخر فإن نوعية الحياة تتمثل في القدرة على السفر، وشراء السيارات الفاخرة، والحصول على بيت فاخر ومريح. ودخل مرتفع. وآخرون، يعتقدون أن نوعية الحياة الجيدة تتمثل في وجود صحة جيدة، وضرورة وجود امتداد أسري، ووجود أحفاد كأمر ضروري لفكرتهم عن نوعية الحياة الجيدة. وكل فرد في المجتمع لديه أحلام واحتياجات تساعد في تحديد نوعية حياته (Hilderley, 2001).

وبهذا فإن مفهوم نوعية الحياة مفهوم نسبي، ويختلف تعريفه من شخص إلى آخر حسب ما يراه الفرد من معايير لتقييم حياته.

ومفهوم نوعية الحياة هو مفهوم قديم، ويطلق أساساً على الجانب المادي والتكنولوجي، إلا أن مفهوم نوعية الحياة امتد حديثاً ليعبر عن الإنسان وعن الحياة نفسها، حيث أصبح نفس المفهوم

يستخدم للدلالة على بناء الإنسان ووظيفته ووجدانه، وتكون نوعية حياة الإنسان هي حسن توظيف إمكانياته العقلية والإبداعية، وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية، ويتم ذلك من خلال بيئة الأسرة، والمدرسة، وبيئة العمل، ومن خلال التركيز على التعليم والتثقيف والتدريب.

وتوجهت كثير من البحوث العلمية الحديثة نحو تحسين نوعية الحياة في مختلف الميادين الطبية والنفسية. ووجهت الخدمات الإرشادية وأساليبها نحو استراتيجيات تحقيق نوعية الحياة، واستكشاف الجهود المبذولة لدعم الخدمات النفسية، والإرشادية، والدينية، والتربوية، والاقتصادية، والصحية، والثقافية، والإعلامية، والسياسية، من أجل تنشيط فاعلية الفرد في المجتمع. وهناك مساع حديثة من قبل العاملين في مجال الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة لمساعدة أسرة الطفل المعاق أو متحدي الإعاقة لتحسين نوعية الحياة لديه، وتحسين نوعية الحياة لكبار السن، وذوي الاضطرابات النفسية (منصور، 2003).

وتعتبر دراسة نوعية الحياة من الدراسات الحديثة نسبياً في مجال الطب والصحة العامة والطب النفسي وعلم النفس والتربية. وأن الاهتمام المتزايد بنوعية الحياة، والرغبة في تقليل الآثار السلبية للمرض أو الإعاقة أو الرعاية الصحية، عكست أقصى تطلعات العاملين في هذه المجالات. إلا أن علم قياس نوعية الحياة لا يزال قيد التطوير وموضع جدال. فقبل السبعينيات من القرن العشرين لم يلق مفهوم نوعية الحياة اهتماماً من قبل الباحثين والعلماء، إلا أنه بعد السبعينيات ازداد الاهتمام بهذا الجانب. وبالرغم من ازدياد الاهتمام بدراسة نوعية الحياة، إلا أن الباحثين اختلفوا في تفسير مفهوم "نوعية الحياة". فنوعية الحياة لم تكن تعني للبعض منهم أكثر من معلومات حول الموت ومعدلات الوفيات. وللبعض الآخر فإن نوعية الحياة كانت بمثابة مظهر للمفهوم الذي يشير إلى جميع جوانب حياة الشخص، والتي تتضمن الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والرفاه الاجتماعي، والكفاية المالية، والعلاقات الأسرية، والصدقات، والعمل، والراحة، وغيرها الكثير من الجوانب. وهناك توجهات أخرى نحو نوعية الحياة، والتي تؤكد على الجوانب النفسية والاجتماعية للحياة، وعلى التغيرات في نوعية الحياة بتغيير نوعية الرعاية المقدمة (Kane, 2008).

واعتماد الباحثون على استخدام طريقتين لقياس مفهوم نوعية الحياة، فهناك المقاييس الموضوعية التقليدية مثل قياس نوعية الحياة في بلد ما، التي يمكن أن تقاس بجملة خصائص مثل المدارس،

والخصائص الجماليه، والمناخ، ونظام الرعاية الصحية، وتوظيف الإمكانيات، وغيرها الكثير من الخصائص، وكذلك بالنسبة للخصائص المميزه للشخص مثل الدخل، والوضع الصحي، والحالة النفسية، والمستوى التعليمي، والوضع السكني، وجميعها تشكل مقياساً شمولياً لنوعية الحياة. وقد اعتبرت المقاييس الموضوعية "مؤشرات" لنوعية الحياة. إلا أن هناك توجهاً آخر في قياس نوعية الحياة عن طريق التقييم الذاتي، إذ يقوم الفرد نفسه أو القائمون على رعايته وخدمته في التقييم في حال تعذر على الفرد تقييم نفسه بنفسه كفئة الأطفال، ومرضى الزهايمر، وذوي الاضطرابات العقلية، وشديدي المرض، وغيرها من الاعاقات والاضطرابات الشديدة، ومن ثم يمكن اختبار المؤشرات حسب المدى الذي يتنبأ به الأفراد بنوعية الحياة لديهم. كما سعى العديد من علماء النفس والاجتماع إلى معرفة مدى ارتباط الشخصية بنتائج نوعية الحياة الذاتية، وقد لاحظ علماء الانثروبولوجيا إلى أن أنماطاً من الشخصية ترتبط إلى حد كبير بكيفية رؤية الأفراد لنوعية حياتهم (Kane, 2008).

ويعتبر مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم المهمة في المجال الصحي، لأن نوعية الحياة سواء أكانت جيدة أو سيئة تعبر عن المؤشرات النهائية لنجاح الممارسات الصحية سواء أكانت وقائية أم علاجية. ومعظم مقاييس نوعية الحياة الذاتية تركز على قياس أربعة أبعاد رئيسية لنوعية الحياة، وهي الرفاه النفسي، والاجتماعي، والفسبولوجي، والروحي (Poorvliet et al., 2006).

وهناك العديد من الدراسات التي درست نوعية الحياة سواء أكانت نفسية كدراسة (De Wit et al., 2007) التي درست نوعية الحياة لمرضى الاكتئاب، ودراسة (Poorvliet et al., 2006) التي درست نوعية الحياة لدى المسنين، ودراسة (Pukrop et al., 2003) التي درست نوعية الحياة لدى مرضى السكيزوفرينيا، أو المتعلقة بالصحة الجسمية كدراسة (Ausili et al., 2007) التي درست نوعية الحياة لدى مرضى السكري، ودراسة (Tsunoda et al., 2005) التي درست نوعية الحياة لدى الناجين من مرض السرطان، وغيرها العديد من الدراسات.

أما في العالم العربي فتكاد تكون الدراسات في هذا الموضوع قليلة جداً على حد علم الباحثة مقارنة مع الكم الموجود في العالم الغربي، ويكاد يكون هذا المفهوم بعيداً عن أذهانهم، حتى أن الباحثة لم تستطع أن تجد أية دراسة أو مقال باللغة العربية يخوض في هذا الموضوع.

وعلى الرغم من العجز الوظيفي المرتبط باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وزيادة الاهتمام بتقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأطفال المصابين باضطرابات مزمنة، إلا أن هناك القليل من الدراسات التي درست نوعية حياة الأطفال بشكل عام، ونوعية حياة الأطفال بعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وخاصة في العالم العربي، على حد علم الباحثة. فاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو حالة مستمرة لدى الفرد، ولا تؤثر هذه الحالة على الفرد نفسه فحسب، وإنما على المحيطين به والمتعاملين معه أيضاً، وغالبا ما تؤثر هذه الحالة المستمرة على نوعية حياة الطفل وعلى قدرته على إقامة علاقات سليمة مع الآخرين، وعلى تأدية واجباته بفاعلية سواء في المدرسة، أو في البيت، أو في المواقف الاجتماعية (Lilly, 2007).

واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال في سن الطفولة والمراهقة. وهذه الاضطرابات السلوكية تبقى ملازمة للطفل في جميع نشاطات يومه، منذ لحظة الصحو من النوم وحتى الذهاب إلى الفراش مرة أخرى. وهذه الاضطرابات السلوكية لا تؤثر فقط على نوع محدد من النشاطات، وإنما تطل جميع أنواع النشاطات التي يقوم بها الطفل سواء في البيت أو المدرسة أو في الشارع. إلا أن حدة هذه الاضطرابات تتفاوت من طفل إلى آخر ومن نشاط إلى آخر، فقد تبرز هذه الاضطرابات في النشاطات المدرسية أو في البيت أو تكون ظاهرة وواضحة في جميع النشاطات التي يقوم بها الطفل. كما أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ليس اضطراباً عرضياً، ولا تزول أعراضه بين ليلة وضحاها، وإنما تبقى أعراضه تلازم الطفل مدة طويلة من حياته، وقد تستمر أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى مرحلة المراهقة والرشد. إلا أنه بفضل العلاجات النفسية والسلوكية والدوائية، يمكن مساعدة الطفل في السيطرة على سلوكه وضبطه (Lilly, 2007).

ويشكل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، - كما تحدده الرابطة الأمريكية للطب النفسي، في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (المعدل) للاضطرابات النفسية- فئة أساسية من اضطرابات الطفولة، أو الاضطرابات التي تشخص عادة في مرحلة الطفولة. ويظهر هذا الاضطراب في متلازمة من المعالم الأساسية المميزة له، والتي تظهر على شكل نمط مستديم من تشتت الانتباه و/أو فرط الحركة - الاندفاعية، وتكون معالم الاضطراب واضحة في أداء الطفل لوظائفه في

مجالات مهمة من حياته الاجتماعية والأكاديمية (American psychiatric Association,) (2000).

ويبين الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط ولكن مستوى هذا النشاط يختلف من طفل إلى آخر، فقد تكون أعراض تشتت الانتباه أشد من أعراض فرط الحركة لدى البعض، وعلى النقيض تكون أعراض فرط النشاط الحركي والاندفاعية أشد من أعراض تشتت الانتباه لدى البعض الآخر، ويمكن أن تتساوى شدة الأعراض لكل من فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال آخرين (أحمد وبدر، 1999).

ويحظى اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه باهتمام كبير في أمريكا والدول الغربية، حيث توجد هناك عيادات متخصصة لتشخيص وعلاج هذا الاضطراب. كما أن هذه الدول تسعى إلى تجهيز حجرات دراسية مجهزة لهؤلاء الأطفال لكي يتلقوا فيها دروسهم وفقاً لبرامج تربوية خاصة تعد خصيصاً لعلاج السلوك المشكل لدى الطفل تسمى "بغرف المصادر". كما لا تتوانى هذه الدول عن عقد المؤتمرات، وورش العمل، والمحاضرات التثقيفية، لكل من الأهل والمدرسين والمتخصصين في مجال معالجة هذا الاضطراب، ونفسح المجال أمام العديد من الباحثين لتطبيق الأبحاث والدراسات التي من شأنها التعرف على الجوانب المختلفة للاضطراب وتطوير طرق تشخيصية وعلاجية (أحمد وبدر، 1999).

أما في الوطن العربي ورغم تفتح العيون حديثاً من قبل الباحثين والمهنيين على وجود هذا الاضطراب وسعيهم نحو إيجاد المتخصصين والبرامج التي من شأنها أن تشخص هذا الاضطراب وتعالجه، إلا أن هذه المحاولات لا تزال قليلة وأغلبها يعبر عن مبادرات شخصية، ومعظمها لا يلبي الحاجة، حيث أن الخدمات لا تشمل جميع شريحة الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. كما أن مدارس الوطن العربي بشكل عام لا يوجد بها حجرات دراسية مجهزة لهؤلاء الأطفال، أو برامج تربوية خاصة بهم، والأهم من ذلك أن الغالبية العظمى من العاملين في المجال التعليمي من معلمين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، بما في ذلك الأهل لا توجد لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب وعن طرق معالجته أو كيفية التعامل معه

وملخص القول، فإن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو حالة مرضية سلوكية انفعالية يتم تشخيصها لدى الأطفال والمراهقين، وتعزى هذه الحالة إلى مجموعة من الأعراض المرضية التي

تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر حتى مرحلة المراهقة والبلوغ، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل، والشارع، والمدرسة، وفي المجتمع بصفة عامة، وإذا لم يتم التعرف على الأعراض وتشخيصها وعلاجها في الوقت المناسب، فإن هذا قد يؤثر على نوعية الحياة التي يعيشها هؤلاء الأطفال. كما أن هذا الاضطراب لا يؤثر فقط على نوعية الحياة التي يعيشها الأطفال المصابون بهذا الاضطراب وحسب، وإنما قد يؤثر ذلك أيضاً على المحيطين بهم والمتعاملين معهم كأفراد العائلة، والمدرسة، والمجتمع. ولهذا فإنه من الأهمية بمكان التعرف على الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، والتعرف على نوعية الحياة التي يعيشونها، ومعرفة العلاقة بين نوعية الحياة لديهم وبين هذا الاضطراب، وذلك ليتمكن القائمون على رعاية هذه الفئة من الأطفال من وضع البرامج والخطط والاستراتيجيات التي من شأنها أن تعالج هذه المشكلة، وتخفف من الأعراض، وتحسن من نوعية الحياة لديهم، والعمل على زيادة المعرفة لدى الآباء، والمعلمين، والمجتمع حول الكيفية التي يتعاملون بها مع هؤلاء الأطفال، وتدريبهم على منح أطفالهم تعليماً وتدريباً أكثر ليناً وملاءمة لوضعهم سواء أكان ذلك في المنزل أو في المدرسة أو في المجتمع، وذلك من أجل تحسين نوعية الحياة النفسية والاجتماعية لديهم. وفي ضوء ما سبق وجدت الباحثة أن هناك حاجة ماسة لدراسة نوعية الحياة لدى الأطفال وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

2.1. مشكلة الدراسة:-

إن مفهوم "نوعية الحياة" من المفاهيم الحديثة التي حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين والدارسين في مختلف المجالات العلمية. وأصبح البحث عن النوعية في حياة الأفراد ذا أهمية بالغة، وخصوصاً للأفراد الذين يعانون من امراض واضطرابات مزمنة. وتشير الدراسات والاحصائيات على مستوى العالم إلى أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، في حين أن هذا الاضطراب لا يحظى باهتمام الباحثين العرب بالقدر الكافي، وعلى وجه الخصوص الباحثين الفلسطينيين، ولا يزال هناك غموضاً يكتنف نسب الإصابة به في المجتمعات العربية، إضافة إلى عدم وجود استراتيجيات تشخيصية وعلاجية لتشخيص وعلاج الأطفال المصابين به، ولا يزال المتعاملون مع الطفل من

آباء ومعلمين، وغيرهم من المتعاملين مع الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يوصمونه بالطفل المشاغب، وذي الطبع السيء، معتقدين أن العقاب والحرمان هو العلاج الملائم له. ولهذا فإن نوعية الحياة النفسية، والاجتماعية، والصحية، قد تتأثر نتيجة لضالة المعرفة وقلّة الاهتمام بتشخيص وعلاج هذا الاضطراب.

وتقوم مشكلة الدراسة على دراسة نوعية الحياة التي يعيشها الأطفال في محافظة بيت لحم وعلاقتها بوجود اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم، كما وتتمثل مشكلة الدراسة في معرفة مدى تأثر مستوى نوعية حياة الأطفال نتيجة لوجود اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

3.1. أهمية الدراسة:-

- تتبع أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول جانباً جديداً ومهماً من قضايا الصحة النفسية من جهة، والتربوية وذوي الاحتياجات الخاصة من جهة أخرى، والتي لم يتطرق لها الباحثون العرب في الوطن العربي على وجه العموم، والباحثون الفلسطينيون على وجه الخصوص على حد علم الباحثة، علماً أن هناك عدداً من الدراسات العربية التي درست نسب انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وسمات الأطفال ذوي فرط الحركة وتشتت الانتباه. ولكن الدراسة الحالية تعتبر دراسة جديدة وفريدة من نوعها في العالم العربي والتي تقيس نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

- تقوم هذه الدراسة على لفت انتباه المختصين والمهنيين -العاملين في المجال النفسي والتربوي، ووزارة التربية والتعليم، وكافة المهتمين بالأمر- وإثارة اهتمامهم نحو الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وحثهم على اتخاذ الخطوات اللازمة، والعمل على مختلف الصعد لتحسين نوعية الحياة للمصابين بهذا الاضطراب، من خلال بناء البرامج التربوية والتوعوية والتشخيصية والعلاجية.

- ستكون هذه الدراسة بمثابة القاعدة الأساسية للباحثين اللاحقين الذين يودون البحث في متغيرات أخرى لها علاقة بهذا الموضوع.

4.1. أهداف الدراسة:-

هدفت هذه الدراسة إلى:

- التعرف على مستوى نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، عبر إجراء دراسة وصفية، للتعرف على نوعية الحياة الأطفال من وجهة نظر أمهاتهم وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وذلك باختلاف عمل الأم ، وعمرها، ومكان سكنها، ومستوى تعليمها.
- التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم في الفئة العمرية التي تتراوح بين 6-9 سنوات من وجهة نظر أمهاتهم.
- التعرف على درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم في الفئة العمرية التي تتراوح بين 6-9 سنوات من وجهة نظر أمهاتهم.

5.1. أسئلة الدراسة:-

أجابت هذه الدراسة عن سؤال الدراسة الرئيس وهو: هل هناك علاقة بين مستوى نوعية الحياة وبين درجة شيعاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم؟

وانبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم؟
2. ما درجة شيعاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم؟
3. ما المتغيرات التي تنتبأ بنوعية الحياة؟
4. ما المتغيرات التي تنتبأ باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه؟
5. هل تختلف نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم باختلاف عمل الأم، وعمرها، ومستوى تعليمها، ومكان سكنها.

6. هل تختلف درجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم باختلاف عمل الأم، وعمرها، ومستوى تعليمها، ومكان سكنها.

6.1. فرضيات الدراسة

وانبثق عن سؤالي الدراسة الخامس والسادس الفرضيات الآتية:-

1. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين مستوى نوعية الحياة وبين درجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم (تعمل، لا تعمل(ربة منزل)).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم (30 فأقل، 31-40، 41 فأكثر).
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى مستوى تعليم الأم (توجيهي فأقل، دبلوم، جامعي فأكثر).
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى مكان سكن الأم (مدينة، قرية، مخيم).
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) في درجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم (تعمل، لا تعمل(ربة منزل)).

7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم (30 فأقل، 31-40، 41 فأكثر).
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى مستوى تعليم الأم (توجيهي فأقل، دبلوم، جامعي فأكثر).
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى مكان سكن الأم (مدينة، قرية، مخيم).

7.1. محددات الدراسة:-

تحددت نتائج الدراسة بالمحددات التالية:-

- **المحدد المكاني:** تم تطبيق الدراسة في محافظة بيت لحم.
- **المحدد الزمني:** تم تطبيق الدراسة في العام الدراسي 2008/2007 .
- **المحدد البشري:** تم تطبيق الدراسة على أمهات أطفال المدارس في الفئة العمرية من 6-9 سنوات (المرحلة الأساسية الدنيا والمقتصرة على أطفال الصفوف الثلاثة الأولى (الأول، والثاني، والثالث الأساسي) وكانت وحدة الاختيار في هذه الدراسة هي الطفل.
- **أدوات الدراسة:** تحددت هذه الدراسة بالأدوات التي تم استخدامها، إذ تم استخدام:
 - مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال"الصورة المنزلية" (أحمد، 1999).
 - مقياس صحة الطفل PF-50 - Child Health Questionnaire (Landgraf et al.,) (1999).

الفصل الثاني: الاطار النظري والدراسات السابقة

1.2. الادب التربوي المتعلق بنوعية الحياة.

2.2. الأدب التربوي المتعلق باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

3.2. الدراسات السابقة

الفصل الثاني:

الإطار النظري والدراسات السابقة

ستقوم الباحثة في الأدب التربوي بالتطرق إلى موضوعين هامين لهما صلة بموضوع الدراسة وهما:

- نوعية الحياة: تعريفها، وتاريخ تطورها، ونظرياتها، وكيفية قياسها.
- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: تعريفه، انتشاره، أعراضه، وسماته، تصنيفه، تشخيصه، علاجه، ومآله.

أولاً: الأدب التربوي المتعلق بنوعية الحياة:

1.1.2. تمهيد:

يعتبر مفهوم نوعية الحياة (Quality of life)، من المفاهيم الحديثة نسبياً، والتي حظيت باهتمام خاص في الآونة الأخيرة، ولا سيما في نقاشات الباحثين والعلماء ودراساتهم التي تتعلق بقضايا مختلفة من الحياة، كقضايا الصحة سواء أكانت نفسية أو فسيولوجية، أو قضايا مرحلة الشيخوخة، أو قضايا اقتصادية أو إجتماعية أو نفسية للأفراد، والتي تشبع حاجة الإنسان سواء على المستوى النفسي أو الجسدي أو الاجتماعي أو الروحي (Rapley, 2003).

لكن مفهوم نوعية الحياة لم يُلقَ الباحثون الضوء عليه بشكل كافٍ، ولا يزال هذا المفهوم قيد البحث وفي مرحلة التطور على الصعيد العالمي، ولا يزال الباحثون والدارسون يخوضون العديد من النقاشات حول إيجاد تعريف جامع لمفهوم نوعية الحياة، والبحث عن الطرق الأنجع لقياسه (Crane, 2005).

ومن أبرز الباحثين الذين درسوا مفهوم نوعية الحياة كل من هاس Haas التي درست مفهوم نوعية الحياة في المجال الطبي، وكيومنز Cummins، وفيلس Felce، وبيري Perry، وشالوك Schalock الذين درسوا مفهوم نوعية الحياة في المجال النفسي ومجال الإعاقة والفئات الخاصة، وهناك فينوفن Veenhoven وهاجرتي Hagerty اللذان درسا مفهوم نوعية الحياة في مجال العلوم الاجتماعية.

وقد تنامي اهتمام الباحثين والدارسين خلال العقود الثلاثة الأخيرة بدراسة مفهوم نوعية الحياة، فمنذ السبعينيات دُرست نوعية الحياة على نحو واسع في محاولة لتحسين النتائج ورفع المعايير لإدارة ومعالجة العديد من الاضطرابات وحالات العجز والمرض. وقد ظهرت العديد من الدراسات والمقالات التي بحثت في هذا المفهوم. هذه الدراسات جاءت في مختلف المجالات والتخصصات العلمية، وبحثت في كثير من المواضيع التي قد تؤثر على نوعية الحياة لدى الأفراد.

2.1.2. تعريف مفهوم نوعية الحياة

إن مفهوم نوعية الحياة مفهوم افتراضي، مثله مثل الكثير من المفاهيم النفسية الافتراضية كالذكاء، والقلق. ومفهوم نوعية الحياة مفهوم متعدد الأوجه ومتعدد المجالات، ويستخدم بتفسيرات مختلفة. وبالرغم من غموضه وعدم وجود تعريف جامع لما يقصد به بالضبط، إلا أنه يستخدم في شتى المجالات العلمية، وقد اجتهد العديد من الباحثين في تعريفه، وقد وجدت هناك مئات التعريفات التي عرفت مفهوم نوعية الحياة، وفيما يلي عرض لأهم هذه التعريفات:

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHOQOL, 1995) نوعية الحياة بأنها "إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة، وتوقعاته، ومعتقداته واهتماماته. فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد البدنية وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية، ومدى ارتباطها بالسمات البارزة لبيئته.

ويعرف مركز الوقاية وضبط الأمراض (Centers for Disease Control and Prevention, 2000) نوعية الحياة بأنها تعبير شائع يعبر عن إحساس عام بالحالة التي يعيشها الفرد، والتي تتضمن جوانب من السعادة والرضا عن الحياة برمتها. وأن المفهوم واسع وذاتي وليس محدداً أو موضوعياً. ومعنى نوعية الحياة يختلف من شخص لآخر ومن مجال أكاديمي إلى آخر، وذلك لأن مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم معقد وواسع. ولعل أفضل طريقة وأكثرها فاعلية للتوصل إلى توافق في الآراء حول تعريف نوعية الحياة وقياسها، هو قياس مفاهيم مفتاحية محددة وواضحة بطريقة منطقية ودقيقة بقدر الإمكان.

أما مبيرغ (Meeberg, 1993) فتعرف نوعية الحياة بأنها شعور من الارتياح والرضا عن الحياة بشكل عام، والتي يحددها الشخص نفسه الذي يخضع للتقييم. أما الأشخاص المحيطون بالفرد المقيم فعليهم أن يؤكدوا أن الحالة التي يعيشها الفرد ليست حياة مهددة بل مناسبة لأن تحقق للفرد حاجاته الأساسية .

أما فيليس وبيري (Felce and Perry, 1995) فيعرفان نوعية الحياة بأنها الرفاه العام الذي يشمل مواصفات موضوعية وتقييمات ذاتية للرفاه الجسمي، والمادي، والاجتماعي، والعاطفي، جنباً إلى جنب مع مدى تطور الفرد وتحقيق نشاطاته الهادفة، ويتم تقييمها جميعها من خلال جملة من القيم الشخصية للفرد.

أما كيومنز (Cummins, 1997) فيعرف نوعية الحياة بأنها التفاعل بين القيم الشخصية، وظروف الحياة، والرضا عن الحياة لتحديد نوعية حياة الفرد، والمغزى من التقييم الموضوعي أو الذاتي لأي بُعد يترجم فقط بعلاقته بالأهمية التي يعطيها الفرد لهذا البعد. ويشير الى أن لنوعية الحياة محورين، المحور الموضوعي، والمحور الذاتي، وكل محور هو محصلة لمجموع سبعة مجالات هي: الرفاه المادي، والصحة، والإنتاجية، والألفة، والأمن، والرفاه العاطفي، والمجتمعي. وهذه المحاور الموضوعية تشتمل على مقاييس ذات صلة بالموضوع محددة ثقافياً لقياس الرفاه الموضوعي. وتشتمل الأبعاد الذاتية على أبعاد الرضا التي تقاس من خلال أهميتها بالنسبة للفرد.

ويعرف نايس (Naess, 1999) نوعية الحياة بأنها خبرة الفرد ومدى إدراكه لنوعية الحياة التي يحيها باعتبارها معياراً للحكم على نوعية حياة الفرد.

كما وتعرف هاس (Haas, 1999) نوعية الحياة بأنها تقييم متعدد الأبعاد، تقيّم الفرد في الظروف الحالية في سياق الثقافة التي يعيش فيها، والقيم التي يحملها. ومفهوم نوعية الحياة في المقام الأول هو شعور ذاتي للرفاه يشمل البعد الجسمي/ البدني، والبعد النفسي، والاجتماعي، والروحي. وفي بعض الظروف يمكن أن تستخدم المؤشرات الموضوعية في التقييم، وذلك في الحالات التي يكون فيها الفرد غير قادر على إدراك الأشياء ذاتياً.

ويعرف شالوك (Schalock, 2000) نوعية الحياة بأنه المفهوم الذي يعكس الحالة المعيشية المرغوبة لدى الفرد والمتعلقة بأبعاد نوعية الحياة الثمانية لحياة الفرد، والأبعاد هي: الرفاه العاطفي، والعلاقات الشخصية المتبادلة، والرفاه المادي، والتنمية الشخصية، والرفاه الجسمي، وتقرير المصير، والدمج الاجتماعي، والحقوق.

أما هاجرتي وآخرون (Hagerty et al., 2001) فيعرفون نوعية الحياة بأنها المصطلح الذي يعني ضمناً نوعية حياة الشخص بكاملها، وليس فقط بعض العناصر أو الأبعاد المكونة لها. ولهذا فإن أبعاد أو مكونات هذا المفهوم بمجملها يجب أن تمثل البناء الكلي لمفهوم نوعية الحياة.

ويعرّف بولرد ولي (Pollard and Lee, 2003) الرفاه بأنه الصفات المميزة للفرد والحالة الايجابية التي تلازم الفرد أي (السعادة).

ومن خلال التعريفات المذكورة أعلاه ترى الباحثة أن مفهوم نوعية الحياة هو تقييم ذاتي يعتمد على تقييم الفرد لجوانب متعددة من حياته منها الجانب الجسمي، والعقلي، والعاطفي، والاجتماعي يرافقه إحساس مدرك بالرفاه العام وبالسعادة والرضا عن الحياة التي يحيها الفرد، مقبلة من خلال القيم الشخصية للفرد. والمفهوم يقيس مؤشرات ذاتية يتم قياسها بالتقييم الشخصي، ومؤشرات موضوعية يتم قياسها بتقييم الأداء، ويمكن النظر إلى مفهوم نوعية الحياة بأنه خبرة الحياة بشكل عام كما يدركها الفرد.

3.1.2. التطور التاريخي لمفهوم نوعية الحياة:

إن مفهوم نوعية الحياة مفهوم حديث الاستخدام، إلا أن له ماضياً طويلاً، وقد مر هذا المفهوم بمراحل متعددة إلى أن ظهر المفهوم في أوائل القرن العشرين بتعريفاته واستخداماته الحالية، وفيما يلي توضيح لمراحل تطور المفهوم بكونه مؤشراً يقيس رفاه المجتمع ككل إلى أن أصبح يقيس جوانب من خبرة الفرد الذاتية:

1.3.1.2. مرحلة ما قبل استخدام مفهوم نوعية الحياة:

قبل استخدام مفهوم نوعية الحياة كمفهوم قابل للتعريف والقياس، كان هناك من تحدث عن نوعية الحياة بشكل غير مباشر. فقد تحدث أفلاطون وتلميذه سقراط عن "الحياة الجيدة"، وقد أشاروا إلى أن السعادة تعني العيش الجيد "To be Happy is to live well" (Rapley, 2003).

وأولى المحاولات العلمية المنظمة التي بحثت في مفهوم نوعية الحياة، تعود إلى أعمال الفيلسوف الماركسي أوتو نيوراث Otto Neurath، الذي انتقد علماء الاقتصاد آنذاك لاستخدامهم مصطلحات عامة وغامضة مثل: "الخير الأعظم لأكبر عدد"، "ومستوى العيش"، "والرفاه الاجتماعي العام"، "والجيد للناس"، وذلك في تقييمهم لأثر السياسات الاقتصادية على حياة الناس. فقد اقترح Neurath أنه بدلاً من ربط السياسه الاقتصادية بحياة الناس، فمن الممكن ربط الظروف الاجتماعية مع قائمة من المعايير التي يضعها أفراد المجتمع لأنفسهم، ومن ثم التحقق من ارتباطها معاً. إلا أن أفكار Neurath لم تؤخذ بعين الاعتبار آنذاك (Draper, 1997).

2.3.1.2. مرحلة تعريف نوعية الحياة كحالة الدول أو الشعوب Quality of life as a state of states:

في النصف الأول من القرن العشرين كانت نوعية الحياة لدى الشعوب تقاس بالمستوى المادي للحياة، وكلما كان المستوى المادي أعلى للشعوب كانت حياة المواطنين جيدة تبعاً لهذا المستوى. وقد كانت نوعية الحياة تقارن بين الشعوب والمجتمعات على هذا الأساس (Rapley, 2003).

وقد استخدم مفهوم "توعية الحياة" لأول مرة في أمريكا بعد الحرب العالمية الثانية للتأكيد على أن الحياة الجيدة هي أكثر من الأمن المادي. ففي عام 1960 ظهر عالم النفس الاجتماعي Gross الذي انتقد صانعي السياسات الأمريكية الذين أكدوا على المؤشرات التقليدية للإنجاز الوطني الاقتصادي Gross National Products (GNP) في تقييمهم لنوعية الحياة الجيدة. وقد نوه "جروس" إلى أن الانجازات الاقتصادية يمكن استخدامها كمقياس للنشاطات الاقتصادية، ولكنها لا تشمل قياس الأمور التي لا يمكن شراؤها بالمال كالقضايا الاجتماعية، ولا يمكنها قياس نوعية الخدمات التي تقدم، ولا تأخذ بعين الاعتبار التكلفة الاجتماعية Social costs، وبهذا فقد انتقد "جروس" صانعي السياسات الأمريكية لتأكيدهم على سياسة تحليل التكاليف والأرباح Cost Benefit Analysis، وانتقد افتراضهم بأن المنفعة الحقيقية لبرامج الحكومة يمكن التعبير عنها بالمال والدولارات فقط. وقد اقترح التحول من التأكيد على اقتصاد الشعوب إلى التأكيد على المجتمع بحد ذاته (Draper, 1997) و (Meeberg, 1993).

وقد كان للخطاب الذي وجهه الرئيس الأمريكي جونسون في عام 1964 أثر كبير في تطور مفهوم "توعية الحياة"، فقد صرح جونسون في خطابه أن التقدم في الأهداف الاجتماعية لا يمكن قياسه بالرصيد البنكي، وإنما بنوعية الحياة التي يحيها الأفراد، وأشار إلى أن ما يهم المجتمع هو ليس الكم (How Much) وإنما الكيف أو النوعية (How Good) ومن هنا بدأت حركة المؤشرات الاجتماعية في الظهور (Rapley, 2003).

وما أن بدأ الازدهار الاقتصادي في العالم الغربي في الستينيات من القرن العشرين ، حتى أخذ التوجه في رؤيتهم لنوعية الحياة يتغير، فلم يعد الدارسون وعلماء النفس ينظرون إلى التطور والازدهار من منظور مادي فقط، وإنما توسعوا في ذلك ليشملوا المؤشرات الاجتماعية (Social Indicators) في مفهومهم لنوعية الحياة (Veenhoven, 1996). وخلال تلك الحقبة كان علماء الاجتماع يجمعون البيانات حول الوضع الاجتماعي-الاقتصادي، والتعليم، والمسكن، والجيره ، كمؤشرات لتقييم نوعية الحياة. وتبين لاحقاً، أن هناك جوانب أخرى لنوعية الحياة لا يمكن قياسها بالمؤشرات الموضوعية بمفردها. وقد اقترح العديد من علماء النفس والاجتماع أن القياس الذاتي يمكن أن ينتبأ بالجوانب التي لا تقيسها أو تنتبأ بها المؤشرات والمقاييس الموضوعية.

وقد أقتُرحت مؤشرات مثل السعادة والرضا كمؤشرات لقياس نوعية الحياة (Haas, 1999). أما المؤشرات الإجتماعية الموضوعية والذاتية التي كانت تستخدم لتقييم نوعية الحياة على مستوى المجتمع فكانت تعتمد على توجيهين مختلفين من المؤشرات وهما: **التوجه الموضوعي والتوجه الذاتي**، والذاتان يعبران عن **التوجه الاسكندنافي والتوجه الأمريكي** لتقييم نوعية الحياة.

التوجه الموضوعي/ الاسكندنافي، بني هذا الاتجاه على أعمال درينوفسكي Drenowski (1974) وأعمال إريكسون وأسيتاتو (Erikson & Uusitatu, 1987) والذين ركزوا على المجتمع الجيد، واعتبار أن نوعية الحياة هي قضية رفاه اجتماعي، وقد اعتبر أن تحقيق الرفاه الاجتماعي يعتمد على تحقيق الموارد التي من خلالها يستطيع الفرد توجيهه مستوى حياته والسيطرة عليها.

وقد حدد إريكسون وأسيتاتو (Erikson & Uusitatu, 1987) الموارد التي يحتاجها المواطنون حتى يؤمنوا رفاههم الاجتماعي بالمال، والمقتنيات، والمعرفة، والطاقة النفسية والجسمية، والعلاقات الاجتماعية، والأمن.... الخ، وبهذا فإن التوجه الاسكندنافي ركز على المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة Objective Indicators (Rapley, 2003).

ومن أمثلة المؤشرات الاجتماعية الموضوعية التي يتم استخدامها كمؤشرات مستقلة عن تقييم الفرد، المؤشرات التالية:

- توقع عمر الفرد Life expectancy
- معدل حدوث الجريمة Crime Rate
- معدل البطالة Unemployment Rate
- معدل الفقر Poverty Rate
- نسب دخول المدرسة School Attendance
- ساعات العمل Working hours
- معدل الوفيات Mortality Rate
- معدل الانتحار Suicide Rate (Rapley, 2003, p.11).

ويزعم مناصرو المؤشرات الموضوعية إلى أن هناك علاقة سبب ونتيجة (Cause and Effect) بين نوعية الحياة وجوانب البيئة المادية. وقد أيدوا فكرة مقارنة معدلات الجريمة، وكثافة السكان، ومستوى الخدمات، كمؤشرات لنوعية الحياة. ومن مناصري هذا التوجه (Gehrmann, 1978)، الذي اقترح بأن تركز الدراسات التي تهتم بنوعية الحياة على تسهيلات البنى التحتية : كالتعليم، والصحة، والترفيه، وكل المؤشرات التي تعتبر جزءاً من الأبعاد الاجتماعية التي يمكن قياسها بشكل موضوعي. وقد اقترح (Gehrmann, 1978) تضمين بيانات عن الجريمة، والأمن، والمشاركة الاجتماعية، والانحلال الاجتماعي، والبطالة كمؤشرات لقياس نوعية الحياة. وقد كانت أعماله ذات أهمية في اكتشاف الصعوبات التي تعترض التوجه الموضوعي (Draper, 1997).

أما ليو (Liu, 1975) في (Draper, 1997) الذي كان من مناصري التوجه الموضوعي، فقد أكدت أعماله على وجود صعوبات أخرى اعترضت هذا التوجه. فقد طرح "ليو" أن نوعية حياة الفرد هي جملة مطالب الفرد (Wants). وإرضاء هذه المطالب هي التي تجعل الفرد سعيداً. وقد اعتبر أن العناصر التي تسعد الأفراد يمكن وضعها في مجموعتين: العناصر المادية، والعناصر الروحية.

فالعناصر المادية تتضمن السلع القابلة للقياس كالخدمات، والثراء المادي وغيرها من الأمور. أما العناصر الروحية فتتضمن الأمور النفسية، والعوامل الاجتماعية، كالانتماء المجتمعي، والاحترام، وتحقيق الذات، والحب، والعواطف. وقد حذف "ليو" الجانب الروحي من توجهه نحو نوعية الحياة، لأنه لم يكن قادراً على قياس المؤشرات التي وضعها موضوعياً. ولهذا فقد اقتصر توجهه على عدد من المدخلات المادية والتي تتألف من العوامل الاجتماعية كالظروف المعيشية، والمدخلات الاقتصادية كالتطور التكنولوجية، والمدخلات السياسية.

إلا أن توجه ليو الموضوعي واجه العديد من الصعوبات منها:

- أنه عرف نوعية الحياة على أنها السعادة إلا أنه لم يعرف معنى السعادة، بجانب تصريحه أن السعادة تعتمد على مدى تحقيق المطالب (Wants).
- كما أن توجهه كان على خلاف مع الذين ربطوا نوعية الحياة مع الحاجات (Needs) وليس مع المطالب كما فعل (Mc Call, 1980) الذي حاول أن يبرهن على أن المطالب هي أساس ضعيف لتعريف نوعية الحياة، لأن المطالب تختلف من شخص إلى آخر، أما الحاجات فهي عامة ويمكن تعريفها بالرجوع إلى أعمال ماسلو (1954). وقد طور Mc

Call توجهاً جديداً لنوعية الحياة يعتمد على الموارد الضرورية لسد الحاجات To meet
.the Needs

- كما أن قرار ليو Liu بترك العناصر الروحية أو الذاتية يعني أن توجهه أصبح مصمماً لتقييم الظروف المادية للفرد فقط. وبهذا فإن توجهه كان غير قادر على قياس نوعية الحياة، لأنه يوجد رابط ضعيف بين المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة وتقييم الأفراد لرضاهم عن الحياة. وجاءت نتائج دراسة Rescher(1972) للتأكيد على أنه بالرغم من أن الظروف المادية قد تحسنت، إلا أن السعادة انخفضت لدى عينة من الأمريكيين (Draper, 1997).

وبهذا فإن الصعوبات التي ذكرت أعلاه للمؤشرات الموضوعية، جعلت الباحثين غير راضين عن التوجه الموضوعي لنوعية الحياة وبادروا في تطوير توجه ذاتي قابل للقياس.

التوجه الذاتي/الأمريكي: لقي هذا الاتجاه قبولاً أوسع من التوجه الموضوعي في العالم الغربي، فهذا التوجه في قياس نوعية الحياة يعتمد على تقييم المؤشرات الذاتية للفرد Subjective Indicators، والتي تعرّف الرفاه بأنه رفاه ذاتي Subjective well being، ومن أهم المؤشرات الذاتية للرفاه قياس مدى رضا الفرد عن الحياة التي يحيها، ومدى سعادته بها، وقد كان التركيز في التوجه الذاتي على "رؤية الفرد لنوعية حياته" Quality of life must be in the eye of the beholder. وعلى إدراك الفرد وتقييمه للظروف المعيشية التي تحيط به (Rapley, 2003).

والمؤشرات الاجتماعية الذاتية تفترض أن الرفاه الاجتماعي يمكن إدراكه من خلال حكم الفرد عليه، حيث يعتمد التقييم على درجة رضا الفرد عن ظروف حياته، والذي يعتمد في الأساس على مستوى الطموح لديه. والفرد نفسه هو أفضل من يدلي بالحكم على مدى الرضا الذي يشعر به (Draper, 1997) و (Naess, 1999).

ومن أمثلة المؤشرات الاجتماعية الذاتية، والتي تعتمد على تقييم الفرد:

- الشعور والإحساس بالمجتمع Sense of community

- الشعور بالأمن Sense of Safety
- السعادة Happiness
- الرضا عن الحياة بشكل عام Satisfaction with life as a whole
- العلاقات الاجتماعية مع الأسرة Relationships with Family
- الرضا الوظيفي Job Satisfaction
- الرضا عن الحياة الجنسية Sex life
- إدراك العدالة المجتمعية Perception of distributional Justice
- الهوايات Hobbies and club membership
- الطبقة الاجتماعية Class identification
- الممتلكات المادية Material Possessions (Rapley, 2003, p.11).

وقد قام نول (2000) Noll في (Rapley, 2003) بوصف الصعوبات التي يمكن أن تواجه الفرد عند استخدام التقييم الذاتي لتقييم الظروف المعيشية الموضوعية وما ينتج عنها من صعوبات أو تكيف. فيشير إلى أنه عندما يقوم الفرد بعمل تقييم ذاتي جيد لظروف معيشية جيدة فإن هذا ما أسماه نول بالرفاه. وعندما يقوم الفرد بعمل تقييم ذاتي جيد لظروف حياة سيئة فإن هذا ما أطلق عليه مصطلح التكيف. وعندما يقوم الفرد بعمل تقييم ذاتي سيء لظروف حياة جيدة فإن هذا ما أطلق عليه مصطلح عدم التكيف أو عدم الانسجام. وعندما يقوم الفرد بعمل تقييم ذاتي سيء لظروف حياة سيئة فإن هذا ما أطلق عليه مصطلح الحرمان.

وكثيراً ما يختلف القياس الموضوعي لظروف الفرد عن التقييم الذاتي لرضا الفرد، وهذا ما أطلق عليه اسم الرضا المتناقض Satisfaction Paradox. فقد بين زبف (1984) Zapf في (Draper, 1997) أن هناك أشخاصاً يعيشون ظروفاً معيشية جيدة ويعبرون عن عدم رضا عن نوعية حياتهم. وهناك أشخاص راضون عن نوعية حياتهم، بالرغم من أن التقييم الموضوعي لظروفهم المعيشية تشير إلى أنها غير مرضية.

وقد أكد فستنجر Festingers في نظريته حول تقليل التنافر الإدراكي إلى أن الفرد يحاول أن يكون متناغماً في سلوكه ومعتقداته، وهكذا فإن الأفراد الذين يجدون أنفسهم في ظروف تكون فيها

سلوكهم ومعتقداتهم غير منسجمة، يسعون بشتى الطرق ليخففوا من الضغط الحاصل (Draper, 1997).

أما أولسون Olson في (Draper, 1997) فيفسر هذا التناقض على أنه نتيجة لشعور الفرد بالعجز تجاه الظروف، ولذلك يحاول الفرد التكيف مع ظروفه وتبرير التناظر الإدراكي الحاصل. وهكذا فإن الفقير على سبيل المثال يحاول إظهار نفسه راضياً عن ظروفه.

3.3.1.2. مرحلة تعريف نوعية الحياة كحالة الفرد Quality of Life As a State of Person:

لقد أشار العديد من علماء النفس من أمثال Campbell و Rogers أن هناك جوانب أخرى لنوعية الحياة لا يمكن قياسها بمقاييس موضوعية، وأن هناك حاجة إلى مقاييس ذاتية يعتمد عليها في قياس نوعية حياة الأفراد. وقد اقترح العديد من علماء النفس أنه يمكن للقياس الذاتي أن يتنبأ بالجوانب التي لا تقيسها أو تتنبأ بها المؤشرات والمقاييس الموضوعية. وقد اقترحت السعادة والرضا والرفاه كمؤشرات لقياس نوعية الحياة (Haas, 1999).

وفي هذه المرحلة أصبح هناك فهم جديد لمفهوم نوعية الحياة، وأصبح النظر إلى مفهوم نوعية حياة المجتمع وحياة الشعوب على أنها أفكار قديمة، وأصبح التركيز حديثاً على نوعية حياة الفرد. وفي هذه المرحلة تم التركيز على قياس نوعية الحياة من خلال مؤشرات ذاتية كمؤشرات السعادة، والرضا، والرفاه (Rapley, 2003).

وهنا توضيح لمؤشرات السعادة والرضا والرفاه:

2. 1. 3. 3. 1. السعادة:

في عام 1996 أشار فينهوفن Veenhoven إلى أنه إذا لم يكن هناك تعريف واضح لمفهوم نوعية الحياة، فلن يكون هناك قياس دقيق له، ولهذا فقد أشار إلى أنه يجب أن يتم التمييز بين نوعية الشعوب ونوعية الحياة لدى الشعوب. وقد حاول فينهوفن Veenhoven عبور الفجوة

المفاهيمية في مستويات القياس بين المؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة (كنسب البطالة، ومعدل الفقر) وبين مؤشرات المستوى الفردي، على اعتبار أن السعادة يمكن أن تكون المؤشر الأفضل لقياس رضا الأفراد، واقترح إعادة تعريف نوعية الحياة بوصفها الحياة الجيدة المزدهرة التي يعيشها الفرد، وبهذا فإنه يمكن التعرف إلى نوعية حياة الشعوب من صحة مواطنيها. وأشار إلى أن الإنسان يمكنه أن يعكس نفسه وظروفه ومكانته في المجتمع، وكذلك يمكنه أن يعكس حكمه وتقييمه، وهكذا فإن نوعية الحياة لدى الشعوب تظهر من خلال تقييم الأفراد لأنفسهم وحكمهم على حياتهم (Veenhoven, 2001).

وعرف فينهوفن (Veenhoven, 2001) السعادة بأنها الدرجة التي يقيم بها الفرد نوعية حياته الكلية بشكل إيجابي، والحكم على مدى حبه للحياة التي يحيها.

وميز فينهوفن (Veenhoven, 2001) ثلاثة مفاهيم رئيسية تعطي معاني مختلفة لنوعية الحياة وهي: نوعية البيئة، ونوعية الانجاز، ونوعية المخرجات/النتائج. ومصطلح السعادة يعبر عن المعاني سابقة الذكر لمفهوم نوعية الحياة. ففي الفلسفة الاجتماعية تعني السعادة الظروف المعيشية الجيدة، وفي الفلسفة الاخلاقية تعني السعادة الأداء الجيد. وفي العلوم الاجتماعية تعني السعادة التمتع بالحياة الذاتية. والتمتع بالحياة الذاتية ليست مسألة ذات بعد واحد. فيمكن للمرء أن يكون سعيداً في بعد ما ولا يكون سعيداً في بعد آخر من الحياة. ويسمى ذلك بجوانب الرضا أو أبعاد الرضا عن الحياة. وفيما يلي تفصيل لهذه المفاهيم:

• نوعية البيئة:

في كثير من الأحيان تشير نوعية الحياة، إلى نوعية البيئة التي يعيش فيها الفرد والى قابلية العيش في هذه البيئة. والمؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة تتضمن المستوى الاقتصادي للفرد والمساواة الاجتماعية. وباستخدام مصطلح "نوعية البيئة" من هذا المنظور، فإن الظروف الخارجية الجيدة يتم مساواتها مع الحياة الجيدة ويمكن تسمية هذا النوع (بقابلية العيش).

ومن المؤشرات التي يمكن أن تدل على نوعية البيئة:

1- مؤشرات نوعية المجتمع وعلاقتها بالسعادة :

ومن هذه المؤشرات: الرفاه المادي، والأمن، والحرية، والمساواة، والمناخ الثقافي، والمناخ الاجتماعي، وضغط المجتمع.

2- مؤشرات المكانة المجتمعية والسعادة: كالعمر، والجنس، والدخل، والتعليم، والمهنة.

3- الروابط المجتمعية ومن مؤشراتهما: روابط الألفة: المشاركة الاجتماعية.

• نوعية الأداء :

يستخدم مفهوم "نوعية الحياة" للإشارة إلى مدى تكيف الفرد مع البيئة التي يعيش فيها، ومفهوم الأداء هو أكثر استخداماً في المهن العلاجية كالطب وعلم النفس، فالأطباء يشيرون إلى نوعية الحياة بأنها القدرة على الحب والعمل، ويتم قياس ذلك بالقدرة الجسمية أو ما يسمى بالحالة الإنجازية للفرد. أما في المجال النفسي فيشير المفهوم عادة إلى النزعات النفسية كالواقعية والحيوية. حيث أن المفاهيم الطبية تميل إلى التركيز على عدم وجود إعاقات أو معيقات وهو ما يعرف بالصحة السلبية، في حين أن علماء النفس يأخذون بعين الاعتبار تحقيق الملكات العقلية الكامنة وهو ما يعرف بالصحة الإيجابية.

وباستخدام مفهوم نوعية الأداء من هذا المنظور، فإن قدرة الفرد الداخلية للتعامل مع مشاكل الحياة قد تم مساواتها مع الحياة الجيدة ويمكن تسمية هذا النوع (بالقدرة على العيش) أو (فن العيش).

ومن المؤشرات التي يمكن أن تدل على نوعية الأداء:

الصحة، والمقدرة الشخصية، والهدف من الحياة، ونمط الحياة، والمعتقدات.

• نوعية النتائج/ المخرجات:

المفهوم السابقان يصفان الشروط المسبقة للحياة الجيدة، بدلا من الحياة الجيدة نفسها. وعليه فإن المعنى الثالث (نوعية النتائج) تصف نوعية الحياة من خلال مخرجاتها. فالمخرجات توصف من خلال خبرة المرء في الحياة والتمتع بها. فعندما تدرك نوعية الحياة من خلال منتجات الحياة التي نعيشها أي: (ما حققه الفرد من الحياة)، فإنه يمكن التحدث عن جدوى الحياة أو مدى الاستفادة

منها عوضاً عن التحدث عن نوعية الحياة. أما إذا تم إدراك "نوعية الحياة" بمعنى "التمتع بالحياة" فيكون التركيز على تجربة الفرد في هذه الحياة. وعليه فإن الحياة الجيدة تعني الحياة التي أحبها الفرد.

من الملاحظ أن تقييم نوعية الحياة في المعنى الأول "نوعية البيئة" والمعنى الثاني "نوعية الأداء" يمكن أن يتم بشكل موضوعي ومن خلال أشخاص آخرين، أما المعنى الثالث "نوعية المخرجات" فلا يمكن قياسه إلا من خلال الفرد نفسه، ولهذا فإن المعنى الثالث يسمى "بنوعية الحياة الذاتية" Subjective Quality of Life.

يقول فينهوفن أن مفهوم "السعادة" يشير إلى التقييم الكلي للحياة، لذلك فإن تقييم الحياة على أنها مثيرة لا يعني بالضرورة أن الحياة التي يحيها الفرد يمكن وصفها بأنها حياة سعيدة، فيمكن أن يكون في حياة الفرد الكثير من المتع والإثارة، ولكن تفتقد جوانب أخرى من حياته إلى النوعية. ويتضمن التقييم الكلي للحياة كل انطباعات الفرد عن حياته وعن المدى الذي يشعر به بأن الحياة التي يحيها جيدة بالنسبة له، وعن المدى الذي تقابل فيه الحياة توقعات الفرد، وإلى المدى الذي تصبح فيه الحياة مرغوبة بالنسبة له (Veenhoven, 2001).

وتركز بعض المقاييس على الجانب الانفعالي للسعادة (أي الشعور باعتدال المزاج)، وبعضها الآخر يوجه عنايته إلى الجانب المعرفي التأملي أي: (تعبير الفرد عن رضاه عن الحياة) فالناس قد يصفون السعادة على أنها شعور بالبهجة، والاستمتاع، واللذة أو شعور بالرضا، والإشباع، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات (أرجايل، 1993).

ويشير دينر (Diener, 2005) إلى أن السعادة تشير إلى معاني متعددة سواء على الصعيد الحديث الشائع والمتعارف عليه بين الأشخاص أو على الصعيد العلمي، لهذا السبب فإن بعض الباحثين يتجنبون استخدام هذا المصطلح. فالسعادة يمكن أن تعني مزاجاً إيجابياً عاماً، أو تقيماً عاماً لرضا الفرد عن حياته، أو العيش حياة جيدة، ولهذا فإن الباحثين يفضلون استخدام مصطلحات أكثر تحديداً لجوانب الرفاه والرضا.

2.3.3.1.2. الرضا عن الحياة Life-Satisfaction:

يستخدم مصطلح الرضا عن الحياة كمصطلح مرادف لمصطلح "السعادة" 'Happiness' ويمكن استخدامه بدلاً عنه. لأن حسناً استخدام مصطلح الرضا عن الحياة يؤكد ذاتية المفهوم بالنسبة للفرد (Veenhoven, 2001).

ويمكن تعريف الرضا عن الحياة بأنه تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل أو حكم بالرضا عن الحياة. ويمثل هذا البعد خلفية عامة للعديد من المقاييس النوعية للرضا، كالرضا عن العمل، أو الزواج، أو الصحة (أرجايل، 1993).

كما يمثل الرضا عن النفس مجالاً آخر للرضا، حيث تبين وجود عنصرين للرضا عن النفس يرتبطان ارتباطاً قوياً مع الرضا العام عن الحياة، ألا وهما: تقدير الذات، والشعور بالضبط الداخلي (Dixon, et al., 2003).

كما يشير مفهوم "الرضا عن الحياة" إلى جوانب حياة الإنسان كلها في فترة زمنية معينة، أو الحكم على حياة الفرد منذ لحظة الولادة. ومن الأفضل عند تصميم المقاييس التقييمية، أن يحدد للفرد ما إذا كان تقييمه يشمل حياته منذ لحظة الولادة أم أنه يقصد به مرحلة زمنية معينة. وتتمثل جوانب الرضا عن الحياة في الجوانب الجسمية، والصحة النفسية، والعمل، والراحة، والعلاقات الاجتماعية، والعائلة. وعادة يشير الأفراد إلى مدى رضاهم عن جوانب متنوعة، كما يمكنهم أن يحددوا المدى الذي يحبون فيه كل جانب من جوانب حياتهم، كما ويمكنهم تقييم المدى الذي به يكونون قريبين من الوضع المثالي في كل جانب، ومدى استمتاعهم به، ورغبتهم في تغيير حياتهم في الجوانب المختلفة (Diener, 2005).

وتشير هاس (Haas, 1999) إلى أن الرضا عن الحياة هو مجرد مقياس نقيس به جوانب الرضا فقط، وليس كما يشير بعض الباحثين بأنه مرادف لمفهوم نوعية الحياة.

ويشير سارتوريوس (Sartorius, 1987) في هاس (Haas, 1999) أن الرضا عن الحياة ونوعية الحياة مفهومان متعاكسان، فهو يعرف الرضا عن الحياة بأنه تحقيق الهدف أو الشعور بالوصول إليه لتحقيقه. أما نوعية الحياة فعرّفها بأنها مشتقة من مستويات تحقيق الأهداف المتنوعة التي يمكن أن يمتلكها الفرد.

وهناك باحثون آخرون من أمثال (Meeberg, 1993) الذين عرفوا نوعية الحياة بأنها خاصية مميزة Attribute لنوعية الحياة وليس مرادفاً لها. كما أشارت هاس إلى أن مفهوم الرضا عن الحياة لا يشمل المؤشرات الموضوعية، والتي تعتبر من الخواص المميزة الهامة لنوعية الحياة.

3.3.3.1.2. الرفاه الذاتي Subjective Well-Being:

في التسعينيات من القرن العشرين حدث تحول في كيفية رؤية الأشخاص لسعادتهم، ولم يعد التحقق من درجة سعادة الفرد يقيم بالدرجة التي يحقق بها الفرد المؤشرات الاجتماعية الذاتية، وإنما أصبحت تعبر عن سعادة الفرد بالحياة التي يحيها ككل وبشكل إيجابي، أو ما يسمى بالرفاه الذاتي (Rapley, 2003).

وقد عرف فينهوفن (Veenhoven, 1994) الرفاه بأنه الدرجة التي يحكم بها الفرد على نوعية حياته ككل As a whole بطريقة إيجابية محببة. وقد أكد على أن تقييم الأفراد لرضاهم عن حياتهم يتأثر بنوعين من العناصر: أولهما العواطف، وثانيهما الأفكار.

ويستخدم مصطلح "الرفاه الذاتي" Subjective Well-Being كمرادف آخر لمصطلح "السعادة"، وهذا المفهوم يشير إلى ذاتية الشخص المقيّم، ولا يوضح مضمون ما يقيمه الفرد، كما يستخدم المفهوم في قياس مفاهيم كتقدير الذات أو القلق. وقد أصبح مفهوم "الرفاه الذاتي" هو المفهوم الأكثر استخداماً في الأدب، وكثيراً ما يشار إليه بالرمز SWB (Veenhoven, 2001).

ويشير الرفاه الذاتي إلى كل الأنواع المختلفة للتقييمات الايجابية والسلبية التي يقيّمها الأفراد عن حياتهم، وتتضمن تقييمات إدراكية منعكسة، حيث تعكس مدى الرضا عن الحياة، والرضا عن العمل، والاهتمام والمشاركة، وردود الفعل العاطفية على أحداث الحياة (كالفرح والحزن)، وعليه فإن "الرفاه الذاتي" هو مظلة للتقييمات المختلفة التي يقوم بها الأفراد فيما يتعلق بحياتهم، وبالأحداث التي تحدث معهم، وبصحة أجسادهم وعقولهم، والظروف التي يعيشون فيها. وهكذا فإن الرفاه هو "ذاتي" بمعنى أنه يحصل في صميم خبرة الفرد. ويمكن ملاحظة مظاهر الرفاه الذاتي موضوعياً في السلوك اللفظي وغير اللفظي، وفي النشاطات أيضاً. ويستخدم مصطلح "الرفاه" عادة بدلاً من مصطلح "الرفاه الذاتي"، لأن مصطلح الرفاه يتجنب أي اقتراحات تفيد بأن هناك شيئاً اعتبارياً أو غير معروف حول ما يتضمنه مصطلح الرفاه الذاتي (Diener, 2005).

وقد أشار أكتون (Acton, 1994) في (Haas, 1999) إلى أن مفهوم "الرفاه" يستخدم كمرادف لمفهوم "الرضا عن الحياة" ومفهوم "توعية الحياة". واقترح أن مفهوم الرضا عن الحياة هو فقط سمة من سمات الرفاه. وأشار "أكتون" أن غموضاً يكتنف الاختلاف بين مفهوم الرضا عن الحياة ومفهوم توعية الحياة، وأوصى بعمل توضيح مفاهيمي لكليهما.

وقد أوضحت (Haas, 1999) أن مفهوم الرفاه مثله مثل مفهوم الرضا عن الحياة يعتمد على التقييم الذاتي، ومفهوم الرفاه يتم عادة تضمينه في تعريف مفهوم توعية الحياة، ويعتبر عنصراً من عناصره مثله مثل مفهوم الرضا عن الحياة. وإذا تم الأخذ بعين الاعتبار الخواص المميزة لتوعية الحياة Attributes التي تحدث عنها (Meeberg, 1993) فإن مفهوم الرفاه ومفهوم توعية الحياة لا يمكن أن يكونا مترادفين، لأن مفهوم "الرفاه" هو مفهوم "ذاتي"، أما مفهوم "توعية الحياة" فله خواص مميزة ذاتية وموضوعية.

أما دينر وسو (Diener & Suh, 1997) فيشيران إلى أن الرفاه الذاتي يتألف من ثلاثة عناصر بينهما علاقة متداخلة: الرضا عن الحياة، وعواطف سارة، وعواطف غير سارة، حيث أن الرضا عن الحياة يشير إلى إحساس مدرك بالرضا عن الحياة. وأضافا أن الرفاه الذاتي لا يشير إلى عدم وجود خبرات غير سارة في حياة الفرد.

وهناك مجموعة من العلماء ممن أشاروا إلى أن مفهوم نوعية الحياة هي حالة نفسية تعبر عن التغيير في رضا الفرد عن جوانب معينة من حياته.

فقد اقترح كامبل (Campell, 1981) في (Rapley, 2003) أن الرفاه النفسي يمكن أن يفهم من خلال مصطلح مكون من إثني عشر بعداً لنوعية الحياة وهي: الزواج، والحياة العائلية، والأصحاب، والمستوى المعيشي العام، والعمل، والجيرة، ومكان السكن، والمسكن، والصحة، والتعليم، والاهتمامات الوطنية.

وقد اقترح كيومنز (Cummins, 1996) سبعة أبعاد لنوعية الحياة وهي: الرفاه المادي، والرفاه العاطفي، والانتاجية، والمودة، والأمن، والرفاه المجتمعي، والصحة. إلا أن كيومنز لم يقف عند هذا الحد، فحديثاً وضع نظرية حول الرفاه الذاتي باعتباره حالة عقلية.

وقد وسّع كيومنز (Cummins, 2001) أفكاره وأشار إلى أن نوعية الحياة هي حالة توازن بيولوجي يتم التحكم بها دماغياً *Homeostatically Controlled, Brain State*. كما أن الرفاه الذاتي هو "نظام عقلي" ينشط لحفظ رفاة الفرد في مدى إيجابي ضيق. وتقتصر هذه النظرية أن الرفاه الذاتي يعمل عمل الجسم الذي يحفظ توازن ضغط الدم وحرارة الجسم. وهكذا فإن الرفاه الذاتي مضبوط من خلال مجموعة من الأجهزة النفسية التي تعمل تحت سيطرة شخصية الفرد. وهذه الأجهزة النفسية تعمل على المستوى العام، وعلى مستوى الرفاه الشخصي. كما أن البيئة السيئة يمكن أن تحارب وتبطل نظام التوازن هذا، وإذا حدث ذلك، فإن مستوى الرفاه الذاتي ينخفض تحت مستوى حالة الإتران (Cummins & Eckersley, 2002).

وأشار إكيرسلي (Eckersley, 2005) إلى أن الرفاه يقاس عادة بمؤشرات السعادة والرضا عن الحياة، كما أن البحث عن السعادة كثيراً ما يتم خلطه مع الفرحة والسرور المستمرين، لكن الرفاه هو أكثر من كونه عيشاً لحياة جيدة، وإنما هو شعور بأن للحياة معنى، وإمكانية لتحقيق الطاقات الكامنة، والشعور بأن للحياة قيمة.

ويضيف إكيرسلي (Eckersley, 2005) أن الرفاه الذاتي يتشكل عن طريق الجينات الوراثية، والظروف الاجتماعية للفرد، والخيارات، والحالة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، والطريقة

المعقدة التي تتفاعل بها كل هذه الجوانب مع بعضها البعض. فإن الجينات الوراثية تؤثر في الرفاه عن طريق تأثيرها على سمات الشخصية ككون الفرد انبساطياً أو عصابياً، وهذه تكون مرتبطة بمستوى الرفاه سواء أكان مرتفعاً أو منخفضاً. لكنه أشار إلى أن الجينات ليست ثابتة لأنها تتشكل عن طريق البيئة التي نعيش فيها، فالتنشئة، والخبرة الفردية، والأحوال العامة للحياة، والشخصية تتغير كلها مع الوقت نتيجة للتغير الاجتماعي.

وتشير الدلائل إلى أن الزواج الجيد، والرفاق والأصحاب، ومكافآت العمل، والدخل الكافي، والنظام الغذائي الجيد، والنشاطات الجسمية، والنوم الكافي، والاشتراك بالنشاطات الترفيهية، والمعتقدات الدينية والممارسات الروحانية جميعها تحسّن من رفاه الفرد. وغياب هذه الجوانب يقلل من الرفاه. كما أن التفاؤل، والثقة واحترام الذات، والاستقلالية تجعل الفرد أكثر سعادة، وأن الامتنان واللفظ يرفعان من معنوياته. كما أن لتلقي الدعم وتقديمه أهمية خاصة في تحسين رفاه الفرد. وأيضاً فإن وجود أهداف واضحة يعمل لأجلها الفرد، وشعوره بالمكان والممتلكات، ونظرته الايجابية للعالم، واعتقاده بأنه جزء من شيء أكبر من نفسه يمكن أن يقدم له الرفاه. كما أن الرفاه يتأثر كثيراً بإدراك الفرد وخبرته، وأن التكيف والمقارنة الاجتماعية لهما أهمية خاصة. فالفرد يميل إلى التكيف حتى يغير من أوضاعه التي يعيشها (Eckersley, 2005).

ويشير إكيرسلي (Eckersley, 2005) أن الرفاه يأتي من كون الفرد متصلاً ومشاركاً في شبكة من العلاقات والمصالح. وهذا يعطي معنى لحياة الفرد. فالفرد كائن اجتماعي، والعلاقات الحميمة، والمقتنيات، والدعم المقدم من قبل أشخاص مقربين مسائل مهمة لتحسين رفاه الفرد، والعزلة عن المجتمع توقع خسائر باهظة.

وخلال الثمانينيات من القرن العشرين أخذت التخصصات التي تتعلق بالإعاقات مثل التخلف العقلي والاضطرابات النفسية والأكاديمية والتربوية، تتبنى مفهوم نوعية الحياة كفكرة وكمبدأ لتطوير الخدمات التي تقدم لهذه الفئة من الأفراد. فقد غير مفهوم نوعية الحياة الرؤية عن المعاقين وذوي الاضطرابات، وخلق لغة موحدة للعاملين في هذا المجال. فقد حدث في العشرين سنة الأخيرة من القرن العشرين تغير ملحوظ في الطريقة التي ينظر بها إلى المعاقين، وهذه النظرة التحولية خلقت إمكانيات لحياة الفرد الذي يعاني من اضطرابات وإعاقات، وانعكست هذه النظرة

في مفاهيم مثل تقرير المصير، والمقدرات، والقوه، ونظام الدعم، والعدالة. وأصبح مفهوم نوعية الحياة يعبر عن بناء اجتماعي، يركز على الفرد، وأصبح مفهوم نوعية الحياة وسيلة يحقق الفرد من خلالها العدالة ويعزز تحقيق الرضا عن الحياة (Crane, 2005).

كما أن مفهوم نوعية الحياة وحد اللغة التي يتحدث بها العاملون في مجال الاضطرابات والإعاقات، فخلال الثمانينيات كان هناك توسع في مجال الإعاقات، وكان الكثيرون يحاولون التكيف مع الثورة المفاهيمية الجديدة التي دعت إلى دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع والتعليم، ففي ذلك الوقت كان التركيز في التقييم موجهاً نحو الإجراءات (Procedures) وليس نحو النتائج (Outcomes). وقد جاء مفهوم نوعية الحياة ليشكل مبدأً عالمياً يخلق للعاملين في هذا المجال أهدافاً مشتركة، وقد أصبح الهدف الأسمى هو تحسين نوعية الحياة. كما وتحولت الفكرة من تقييم الإجراءات إلى تقييم نتائج هذه الإجراءات. وقد تميزت تلك الفترة بالرغبة في تقديم حياة ذات نوعية لكل فرد من أفراد المجتمع، وعليه فإن لغة مشتركة قد ولدت عالمياً تعمل على تحسين نوعية الحياة، وأصبح مفهوم نوعية الحياة هدفاً مشتركاً لكل البرامج التي تعنى بالإعاقات والاضطرابات الجسمية والنفسية، ولغة مشتركة لكل المعنيين في تقييم النتائج (Schalock, 2000).

وخلال التسعينيات حدثت هناك تغيرات هامة، فقد تحول تجاه التقييم المعتمد على النتائج Outcome Based Evaluation إلى التقييم المعتمد على الفرد Personal Referenced Outcomes. وهذا التحول في التقييم لم يعكس فقط ذاتية وطبيعة الفرد كما يدركها الفرد نفسه، وإنما عكس أيضاً قدرة المستهلك أو متلقي الخدمات على تقييم الخدمات التي يتلقاها والتي تسفر عن نتائج تساعد في تحسين نوعية حياته (Schalock, 2000).

والياً فإن مفهوم نوعية الحياة يستخدم كمفهوم حساس Sensitizing notion يعطي مرجعية ودليلاً لمستخدميه من وجهة نظر الفرد، يركز على الفرد وبيئته. كما أن مفهوم نوعية الحياة أصبح مفهوماً موحداً unifying theme يزودنا بإطار مفاهيمي، وقياسي، ويزودنا بمعايير لنوعية الحياة. كما وأصبح ينظر إلى مفهوم نوعية الحياة كبناء اجتماعي Social Construct يستخدم لتحسين رفاه الفرد ويساعد في بناء البرامج، وذلك من أجل تغيير وتحسين المجتمع (Schalock, 2004).

وقد أصبح هناك ثلاث فئات رئيسية تهتم بتعريف وقياس نوعية الحياة وهي:

- الأشخاص الذين يرغبون في حياة ذات نوعية.
- مقدمو الخدمات، والذين يسعون إلى تقديم خدمات ذات نوعية.
- المقومون، الذين يودون اتخاذ القرارات بشأن الخدمات المقدمة، أو يودون دعم خدمات مقدمة للأفراد أو المؤسسات، ويبحثون عن نتائج ذات نوعية (Schalock, 2000).

ومع أن مفهوم نوعية الحياة ظل غامضاً ومن الصعب إيجاد تعريف جامع له، إلا أنه ظل واسع الاستخدام في شتى المجالات التخصصية، وبقي تعريف المفهوم وطريقة استخدامه تعتمد على الأهداف والمضامين التي يود الباحث تحقيقها. فالباحثون من مختلف التخصصات يستخدمون المفهوم كل من وجهة نظر أهداف بحثه، ويعملون على تعريف المفهوم إجرائياً، أي بدلالة الإجراءات، ولهذا فإن الأبحاث التي تتعلق بمفهوم نوعية الحياة متنوعة، فعلى سبيل المثال لا الحصر فإن هناك مؤشرات اجتماعية طورت لقياس نوعية حياة المجتمعات والأمم، بينما طورت مؤشرات اجتماعية ونفسية لتقييم نوعية حياة الأفراد ومجموعات الأفراد الذين يتشاركون بصفات مشتركة (www.Scotland.gov.uk).

4.1.2. النظريات الفلسفية لنوعية الحياة

هناك نظريات فلسفية مختلفة تحدثت عن طبيعة مفهوم نوعية الحياة، إلا أن جميع هذه النظريات تتفق على أن هناك ضرورة لتحسين نوعية حياة البشر. ولكن اختلف العلماء في تعريف هذا المفهوم. وكان العديد من الباحثين يتساءلون عن معنى مفهوم نوعية الحياة، وتجلت هذه التساؤلات فيما يلي: هل يعني مفهوم نوعية الحياة بأن نعيش حياة سعيدة؟ أم العيش حسب ما تمليه علينا عاداتنا وتقاليدينا وديننا؟ أم أن نحصل على دخل يمكننا من شراء حاجاتنا الضرورية والحاجات التي نتمناها؟ أم أنها تعني الحصول على الحقوق الإنسانية؟ أم أنها تعني الصحة والعافية، أو أنها تعني أن نحصل على التعليم الجيد؟ أو أن نحارب الفقر والجوع؟. هناك الكثيرون من الباحثين الذين يتساءلون عن المعنى الحقيقي لنوعية الحياة، وكيف يمكننا تحديد ما إذا كان الفرد لديه نوعية في حياته أم لا (Robeyns, 2004).

وقد أشارت روبينز (Robeyns, 2004) إلى ثلاثة توجهات فلسفية كل منها فسر وجهة نظره من خلال فهمه لمفهوم نوعية الحياة.

1.4.1.2. الاتجاه الأول:- فلسفة الموارد المالية Resource - Based Theories :

ركز هذا الاتجاه على أنه من الأهمية بمكان أن يحصل الأفراد على موارد كافية حتى يتمكنوا من الحكم على حياتهم بأنها جيدة. وينطلق هذا الاتجاه من فكرة أن كل فرد راشد، يجب أن يقرر ما هي الحياة الجيدة بالنسبة له. وهذه الأفكار هي أفكار ليبرالية، وبهذا فإن لكل فرد الحق في اختيار الطريقة التي يريد العيش بها. وتبعاً لهذا الاتجاه، فإن الدولة يجب ألا تحدد الطريقة التي بموجبها يحيا الفرد، وإنما من واجبها توفير الموارد التي يحتاجها الفرد حتى يعيش حياة ذات نوعية. والموارد المقصودة لا تعني فقط الموارد المالية، وإنما مجموعة واسعة من الوسائل، أشار الفيلسوف Rawls إلى بعضها: كالحقوق، والحرية، والفرص، والدخل، والممتلكات (Rawls, 1999) & (Dworkin, 2000) في (Robeyns, 2004).

والفكرة الرئيسية في هذا الاتجاه أنه من الصعوبة بمكان تقييم حياة شخص ما إذا كانت جيدة أم سيئة، لأنه ليس بمقدورنا الحكم على فحوى الحياة الجيدة بالنسبة لهذا الشخص. ولذلك فإن وجهة نظر فلاسفة "نظرية الموارد" أنه لا يمكن النظر إلى نوعية الحياة نفسها، وإنما إلى الموارد التي يحتاجها الفرد حتى يتمكن من العيش حياة جيدة.

كما أن هناك نظريات اقتصادية تحدثت عن نوعية الحياة من وجهة نظر "فلسفة الموارد"، وطبقت نظرياتها على سياسات الدول. وهذه النظريات تنص على أن التقدم المجتمعي يمكن قياسه عن طريق جمع مجمل قيمة السلع والخدمات، وعن طريق جمع الدخل العام، ومجموع أرباح الشركات، ومجموع هذه المعادلة يساوي الدخل الوطني غير الصافي (GNP)، الذي يعبر عن الازدهار الاقتصادي، والذي يعتبر المؤشر الرئيسي للتقدم المجتمعي (Robeyns, 2004).

2.4.1.2. الاتجاه الثاني:- فلسفة المنفعة Utilitarian theory :

تنتقل هذه النظرية من فلسفة "أن تحقيق أعظم الخير لأكثر عدد من الناس يجب أن يكون هدف السلوك البشري"، وهذا التوجه يعرف نوعية الحياة بمفهوم سعادة الإنسان. ولا يركز هذا الاتجاه على الموارد كما في الاتجاه الأول، وإنما يركز على الأهداف، ويقترح أن التركيز يجب أن يكون على نوعية الحياة نفسها وليس على موارد الحياة الجيدة. وتعرف هذه النظرية نوعية الحياة بأنها حالة عقلية ذاتية، وبمعنى آخر فإن نوعية حياة الفرد تتحدد من خلال سعادته ورضاه، إلا أنه ظهر اختلاف فيما بين أنصار هذه النظرية حول تعريف السعادة (Kymlicka, 2002) في (Robeyns, 2004).

فالمجموعة الأولى من أنصار نظرية "فلسفة المنفعة" عرفوا نوعية الحياة بأنها رضا الفرد عن المدى الذي يحقق به أحلامه وأمنيته. إلا أن هذا التوجه كان مؤشراً ضعيفاً لقياس نوعية الحياة، لأن الناس لديهم قيم مختلفة، فهناك من يقنع بالقليل، وهناك من لا يرضا عن الكثير.

أما أنصار المجموعة الثانية فهم لا يرون نوعية الحياة من منطلق مفهوم الرضا، ولكن من وجهة النظر الهيدونية، فهم يرون أن نوعية الحياة من الأفضل أن ينظر إليها من منطلق التوازن العام بين المشاعر الإيجابية والسلبية التي توجد لدى الفرد. وبمعنى آخر فإنه كلما كانت مشاعر الفرد أكثر إيجابية، كانت حياته ذات نوعية أفضل، وأكثر سعادة. أما المشاعر السلبية فإنها تقلل من السعادة وتقلل من نوعية حياة الفرد. وكلما كان الشعور الذاتي بالسعادة أكبر، ارتفع مستوى نوعية الحياة. إلا أن هذه الأفكار لم تكن مقنعة تماماً لبعض منتقدي هذه النظرية، فقد أوضح نوزك (Nozick, 1974) في (Robeyns, 2004) أن نوعية الحياة لا تقتصر على الشعور بالغبطة، وإنما شعور الفرد بأنه يقود حياته، وأن يكون الفرد في اتصال مع واقعه، وأن يجد طريقه، وإذا كان الفرد يبحث عن نوعية الحياة، فيجب أن يبحث عن أمور أخرى تتعدى الخبرة الذاتية للاستمتاع والفرح، والمتمثلة بمشاعر صادقة تكون مرتبطة مع الواقع الموضوعي، وأن يكون الفرد واعياً لكيفية ارتباط مشاعره مع ذاته وما يقوم به من ممارسات.

أما المجموعة الثالثة، والتي من أشهر أعلامها "فينهوفن" Veenhoven الذي قام بعمل دراسات امبيريقية حول سعادة الناس. فقد انتقد "فينهوفن" Veenhoven فلسفة المنفعة الكلاسيكية، واقترح أن السعادة تتألف من عنصرين، الأول: المدى الذي يشعر به الفرد بالسعادة، وهذه مستويات

الشعور في الفلسفة الهيدونية، والعنصر الثاني: الرضا عن المدى الذي يحقق فيه الفرد أمانيه وهذا ما يعرف بالعنصر الإدراكي.

إلا أن هناك نقداً لأعمال "فينهوفن" Veenhoven على استخدامه للبيانات التي يجمعها من التقييم الذاتي فقط لنوعية الحياة دون استخدام مؤشرات موضوعية، والانتقاد الثاني كان حول تقييم نوعية الحياة بمؤشر واحد وهو مؤشر السعادة.

3.4.1.2. الاتجاه الثالث:- نظرية المقدرات Cabability:

وهو اتجاه حديث نسبياً، ركز على مفاهيم كالمقدرات أو على الإمكانيات الحقيقية التي يمتلكها الفرد. وظهر هذا الاتجاه لينتقد النظريتين السابقتين. ومن أعلام هذه النظرية الفيلسوفة (Sen, 1993) في (Robeyns, 2004)، التي عرّفت المقدرّة بأنها الإمكانيات الحقيقية التي يمتلكها الفرد. والفرد يمتلك عدداً من المقدرات كالقدرة على القراءة، والكتابة، والقدرة على أن يكون سعيداً وغيرها من المقدرات التي يمتلكها الفرد.

وقد كان التركيز في هذه النظرية على تحقيق المقدرات، حيث أن كثيراً من الناس يمتلكون المقدرات ولا يستخدمونها، ولهذا فإن توظيف المقدرّة يسمى بالأداء. وهذه النظرية تركز على أداء الفرد في تحقيق المقدرات التي يمتلكها. وعند قياس نوعية الحياة بموجب هذه النظرية، فإن على الفرد أن يختار بين أي المقدرات التي يستطيع تحويلها الى أداءات وأي المقدرات يمكن اهمالها لتحقيق نوعية الحياة. وفي تقييم نوعية الحياة يمكن التحدث عن نوعية الحياة التي يمكن تحقيقها، ونوعية الحياة التي تم تحقيقها للفرد المقيم.

وقد اقترحت "سن" Sen تعريف نوعية الحياة التي يمكن تحقيقها، بمقدرات الفرد، وتحقيق نوعية الحياة فيتم قياسها بالأداء.

وهذه النظرية تتيح للمقيم قياس المؤشرات الموضوعية والذاتية، ويمكن اعتبار المؤشرات الذاتية كالسعادة والرضا واحدة من المقدرات. لأن نظرية المقدرات ترى أن السعادة هي نتيجة لتحقيق المقدرات، وبهذا فإن المقدرات ضرورية لتحقيق السعادة.

2.1.5. طبيعة مفهوم نوعية الحياة

هناك اتفاق بين الباحثين حول طبيعة مفهوم نوعية الحياة. فمفهوم نوعية الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد، ويحتوي على نوعين من المؤشرات وهي المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية، كما أن المؤشرات الموضوعية تقاس بمقاييس موضوعية عن طريق تقييم الأداء. أما المؤشرات الذاتية، فهي المؤشرات التي تقيس الرفاه العام، ومدى رضا الفرد عن الحياة التي يحيها ومدى سعادته بها، وتقاس بمقاييس ذاتية (Caron et al., 2005).

وبالرغم من صعوبة المفهوم وصعوبة إيجاد تعريف جامع له، إلا أن هناك اتفاقاً بين الباحثين على أن هناك خواص مميزة Attributes لمفهوم نوعية الحياة وتتضمن:

- شعور الفرد بالرضا عن الحياة التي يحيها
- قدرة عقلية لدى الفرد يستطيع من خلالها تقييم حياته بأنها مرضية أو غير ذلك.
- حالة مقبولة من الصحة الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والروحية، مقيمة من قبل الفرد نفسه.
- تقييم موضوعي من قبل الآخرين بأن حياة الفرد مقبولة وغير معرضة للخطر (Meeberg, 1993).

وفيما يلي توضيح لطبيعة مفهوم نوعية الحياة:

2.1.5.1. مفهوم نوعية الحياة كمفهوم متعدد الأبعاد:

لقد أشار شالوك (Schalock, 2000) إلى تعدد طبيعة مفهوم نوعية الحياة. وأكد على ضرورة فهم الطبيعة التي يتكون منها مفهوم نوعية الحياة قبل أن يتم تقييم نوعية الحياة نفسها .

وتشير كرين (Crane, 2005) إلى أن هناك العديد من التعاريف التي عرفت مفهوم نوعية الحياة، إلا أن أغلبها يشير إلى أن مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد، وأي محاولة لقياسه يجب أن تشمل العديد من الجوانب. وقد أصبح من الصعوبة بمكان اعتبار هذا المفهوم ذا بعد واحد أو كوحدة واحدة، إلا أنه ما زال هناك عدم اتفاق حول عدد هذه الأبعاد وطبيعتها.

كما وأشار شالوك (Schalock, 2004) إلى إن مصطلح "أبعاد نوعية الحياة" يشير إلى مجموعة من العوامل التي تؤلف الرفاه الشخصي. وأن أغلب الباحثين الذين بحثوا في مفهوم نوعية الحياة أشاروا إلى أن عدد الأبعاد يمكن أن يكون أقل أهمية من الاعتراف بتعددية الأبعاد.

وهناك العديد من الباحثين الذين بحثوا في مفهوم نوعية الحياة وأبعاده. وقد اتخذ مفهوم نوعية الحياة منعطفاً جديداً عندما قامت منظمة الصحة العالمية سنة 1948 بتطوير تعريفها للصحة، إذ كان ذلك التعريف يمثل الحدث الهام من مراحل الحياة الإنسانية، وساعد في تطوير مفهوم نوعية الحياة عندما قامت منظمة الصحة بتعريف "الصحة" بأنها حالة رفاه جسدي، ونفسي، واجتماعي، فلم يعد تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة يقتصر على الخلو من الأمراض، بل شمل أيضاً وجود رفاه جسدي ونفسي، واجتماعي. وتتجلى أهمية هذا التعريف بأن الصحة لا تكتمل بدون الصحة النفسية والاجتماعية. وأن الصحة هي صحة النفس والجسد. وفي سنة (1978) عادت منظمة الصحة العالمية لتؤكد على أن الفرد له الحق بال العناية الصحية الجسدية، كما في العناية النفسية والاجتماعية على حد سواء، وبنوعية حياة ملائمة (Meeberg, 1993).

وقد بادرت منظمة الصحة العالمية (1993) بوضع ستة أبعاد لقياس نوعية الحياة الصحية، وهذه الأبعاد قاست الجوانب التالية:

- **الصحة الجسمية:** وتتضمن نشاطات الحياة اليومية، الاعتماد على المستحضرات الطبية والوسائل الطبية، والقوة والتعب، والحركة، والألم وعدم الراحة، والنوم والراحة، والقدرة على العمل.
- **الصحة النفسية:** وتتضمن صورة الجسم والمظهر الخارجي، والمشاعر السلبية، والمشاعر الايجابية، وتقدير الذات، والمعتقدات الشخصية والدينية، والتفكير، والتعلم، والذاكرة، والتركيز.
- **الرفاه الاجتماعي:** وتتضمن العلاقات الشخصية، والدعم الاجتماعي، والنشاطات الجنسية.
- **الجانب البيئي:** ويتضمن الموارد المالية، والحرية، والأمن الجسدي، والأمن، والرعاية الاجتماعية والصحية، والبيئة البيئية، وفرص اكتساب المعلومات والمهارات، والمشاركة في النشاطات الترفيهية، والبيئة الفيزيائية مثل التلوث والإزعاج والطقس والمواصلات.

- الجانب الروحي: ويتضمن الدين والتدين، والأمل، والمعاناة، حيث يعتمد مفهوم البعد الروحي في الأساس على الإيمان الديني. وبالرغم من أن الدين يعتبر جزءاً من البعد الروحي لنوعية الحياة، إلا أن هناك نواحياً أخرى يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار. والرفاه الروحي يشمل (التدين، معنى المرض والمعاناة، والهدف من الحياة، والأمل). ويعتبر البعض أن البعد الروحي من أكثر الأبعاد أهمية في تحديد نوعية الحياة. فإن كثيراً من الأفراد يجدون عزاءهم في التوجه إلى الدين والله سبحانه وتعالى للدعاء له للتخفيف من آلامهم. لكن تشخيص بعض الأمراض مثل مرض السرطان يمكن أن يؤدي إلى الشك الذاتي وإلى الصراع مع المعتقدات الدينية (Helderly, 2001).

ومع مرور الوقت، وزيادة البحث في مفهوم "نوعية الحياة"، فقد تم توسيع أبعاد مفهوم نوعية الحياة وتفصيلها بشكل يضم أبعاد حياة الفرد بشكل متكامل. وفي العقود الثلاث الأخيرة، وعلى الرغم من وجود اختلافات في التفاصيل حول تعريف هذا المفهوم، إلا أن هناك توافقاً عاماً في الآراء على أن معظم جوانب نوعية الحياة تقع ضمن ستة إلى ثمانية أبعاد.

وقد اعتمد كيومنز (Cummins, 1996) على تصنيف 32 دراسة، ووجد أن 83% من الدراسات تصنف "نوعية الحياة" إلى أكثر من 120 بعد، كما قام بعمل دراسة على مجتمع واسع بحث فيها: أي جوانب الحياة كانت أكثر أهمية بالنسبة لهم؟ وخلص إلى تصنيف نوعية الحياة إلى سبعة أبعاد رئيسية استخدمها في تصميم مقياسه الشهير **Comprehensive Quality of Life Scale(Com- QoL)**، وشملت الأبعاد الجوانب التالية:

- الرفاه المادي Material Well-being
- الصحة Health
- الانتاجية Productivity
- الألفة Intimacy
- الأمن Safety
- المكانة في المجتمع Place in community
- الرفاه العاطفي Emotional Well-being

أما فيلس وبيري (Felce & Perry, 1995) فقد اقترحا أن أبعاد نوعية الحياة تتضمن خمسة جوانب تم استخلاصها من مجموعة واسعة من الدراسات السابقة التي قاما بمراجعتها وهي:

- الرفاه الجسمي، ويتضمن الصحة، والأمن الشخصي، والقدرة على التنقل والحركة، والسلامة العقلية والجسمية.
- الرفاه المادي، ويتضمن الدخل، والأمن والاستقرار اللذين بينهما ارتباط وثيق، ونوعية المسكن، والخصوصية، والممتلكات، ونوعية الطعام والوجبات، والجيرة، والتنقل والمواصلات.
- الرفاه الاجتماعي، ويشمل العلاقات الشخصية المتبادلة التي تتضمن الحياة العائلية، والحياة الاجتماعية والأصدقاء والأقارب. ويشمل كذلك الانخراط في المجتمع الذي يتضمن النشاطات المجتمعية، والقبول، والدعم الاجتماعي.
- الرفاه العاطفي، ويتضمن العواطف الايجابية، والرضا، وتقدير الذات، والمعتقدات.
- الرفاه الإنتاجي والنشاطات، وتتضمن الاستقلالية والمنافسة، والعمل، والحياة الأسرية والواجبات البيئية، والمواهب ووقت الفراغ، والتعليم.

وقد استخدم فيلس هذه الأبعاد في دراسة نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من إعاقات وأمراض نفسية.

أما شالوك (Schalock, 2000) فقد قام بدراسة تحليلية لست عشرة دراسة منشورة كشف تحليلها عن 125 مؤشراً، 74.4% من هذه المؤشرات كانت مرتبطة بثمانية أبعاد لنوعية الحياة، وعليه فقد حدد شالوك ثمانية أبعاد لنوعية الحياة، ولكل بعد عدد من المؤشرات، وهذه الأبعاد تتضمن:

- الرفاه العاطفي، ويتضمن: الأمن، وبيئة متوازنة، وردود فعل إيجابية.
- العلاقات الشخصية المتبادلة، وتتضمن: الانتماء، والمحبة، والألفة، والصدقات، والعلاقات مع الآخرين.
- الرفاه المادي، وتتضمن: الملكية والممتلكات، والعمل
- الرفاه الجسمي (البدني)، ويتضمن: الرعاية الصحية، والصحة، والتغذية.
- التنمية الشخصية: وتتضمن: التعليم وإعادة التأهيل، والأنشطة الهادفة.
- تقرير المصير، والخيارات، والسيطرة على النفس، واتخاذ القرارات، والأهداف الشخصية.
- الاندماج الاجتماعي، ويتضمن: البيئة المتكاملة، والتأييد، والمشاركة.

- **الحقوق**، وتتضمن: الخصوصية، والملكية، وبيئة خالية من المعوقات.

وقد استخدم شالوك هذه الأبعاد في دراسة نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من إعاقات وأمراض نفسية. وقد وضع شالوك (Schalock, 2000) مجموعة من المؤشرات والمواصفات لكل بعد من أبعاد نوعية الحياة.

إن أغلب الدراسات تركز على قياس نوعية الحياة للكبار، وقليل من الدراسات التي قامت بدراسة نوعية الحياة لدى الأطفال، وحديثاً تنامي الاهتمام بدراسة نوعية الحياة لدى الأطفال، وبدأ الدارسون يفكرون بأبعاد ومؤشرات تقيس نوعية الحياة لديهم ومن هذه المحاولات فقد أشار Burgess & Gutstein (2007) الى أن الدراسات التي تبحث في نوعية الحياة لدى الأطفال تركز على الأبعاد التالية:

- الوظائف الجسمية Physical Functioning

- الأداء الانفعالي والعاطفي Emotional Functioning

- النشاطات الاجتماعية Social Functioning,

- الأداء المدرسي School Functioning

ولكل بعد من الأبعاد السابقة عدد من المؤشرات التي يمكن قياسها. فمثلاً بعد "النشاط الاجتماعي" يمكن أن يتضمن مؤشرات كنوعية الصداقات، ووجود شبكة من العلاقات، ووجود الدعم الاجتماعي. أما بعد الأداء الانفعالي فيمكن أن يتضمن تقدير الذات، والسعادة، والصحة النفسية. وما زال التحدي مستمراً في دراسة نوعية الحياة لتطوير مقاييس يمكنها التنبؤ بمؤشرات لفئات محددة، وخاصة لدى الأطفال، بعد أن أصبحت هذه الشريحة موضع دراسة وبحث (Burgess & Gutstein, 2007)

وقد أشار كيومنز (Cummins, 1996) إلى ضرورة تقييم جميع العناصر المؤلفة لأبعاد نوعية الحياة والخروج بتقييم واحد لنوعية الحياة.

كما أن أبعاد نوعية الحياة هي أبعاد محايدة ويمكن أن تقيس نوعية الحياة بشكلها السلبي أو الايجابي، ولذلك فإن المقاييس التي تقيس نوعية الحياة مصممة لانتزاع خبرة الحياة متكاملة بجانبها السلبي والايجابي (www.Scotland.gov.uk).

كما أن فيلس وبيري (Felce and Perry, 1996) أشارا إلى أن مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم ديناميكي، وأن أبعاد المفهوم في تفاعل دائم مع بعضها البعض، ويتوقف بعضها على الآخر في كل الأوقات.

2.5.1.2. مؤشرات نوعية الحياة:

إن شالوك هو أشهر من اهتم بدراسة "مؤشرات أبعاد نوعية الحياة". وعلى عكس أبعاد نوعية الحياة فإن مؤشرات نوعية الحياة يجب أن ينظر لها على أساس أنها إدراك محدد، وسلوك أو حالة يمكن أن تعطي مؤشراً لرفاه الفرد، وهذه المؤشرات تستخدم في قياس نوعية الحياة. وهناك عدد من المعايير التي تستخدم في اختيار واستخدام هذه المؤشرات ومنها:

- أن يقيس الأداء المتعلق بالبعد المراد قياسه، وأن يقيس ما صمم لأجله (الصدق).
- أن يكون المؤشر ثابتاً عند إعادة تطبيقه على أشخاص آخرين في نفس الظروف (الثبات).
- أن يعكس التغيرات فقط في الموقف المحدد (محدد).
- أن يكون حساساً ثقافياً (الحساسية) (Schalock, 2004).

وقد قام (Schalock, 2000) بعمل دراسة تحليلية قائمة على قراءة 9749 ملخص و 2455 مقال، ودراسة معمقة لـ 897 دراسة بحثية، قادت إلى التعرف على أهم ثلاثة مؤشرات شائعة لكل بعد من أبعاد نوعية الحياة الثمانية. وهنا توضيح لمؤشرات الأبعاد الثمانية:

أولاً: مؤشرات بعد الرفاه العاطفي:

- الرضا ويتضمن (الرضا، والمزاج، والتمتع).
- مفهوم الذات ويتضمن (الهوية، وقيمة الذات، وتقدير الذات).
- الخلو من الضغوط النفسية ويتضمن (التنبؤ، والسيطرة).

ثانياً: مؤشرات بعد العلاقات الشخصية المتبادلة:

- التفاعل ويتضمن (شبكة العلاقات الاجتماعية، والاتصالات الاجتماعية).
- العلاقات وتتضمن (العلاقات مع الأهل، والأصدقاء، والرفاق، والزملاء).
- الدعم ويتضمن (الدعم النفسي، والجسمي، ، والمادي، والتغذية الراجعة).

ثالثاً: مؤشرات الرفاه المادي:

- الحالة المادية وتتضمن (الدخل، والمدخرات).
- التوظيف ويتضمن (العمل، والمركز، وبيئة العمل).
- المسكن ويتضمن (نوع السكن، وامتلاك سكن).
- رابعاً: مؤشرات التطور الشخصي:**
- التعليم ويتضمن (التحصيل، والمستوى التعليمي).
- الكفاءة الشخصية وتتضمن (الكفاءة المعرفية، والاجتماعية، والعملية).
- الإنجاز ويتضمن (النجاح، والتحصيل، والإنتاجية).
- خامساً: مؤشرات الرفاه الجسمي:**
- الصحة وتتضمن (الأداء، والأعراض، واللياقة، والتغذية).
- النشاطات اليومية وتتضمن (مهارات العناية بالنفس، والحركة).
- وقت الفراغ ويتضمن (الترفيه، والهوايات).
- سادساً: مؤشرات تقرير المصير:**
- الاستقلالية/ السيطرة على النفس وتتضمن (الاعتماد على النفس).
- الأهداف والقيم الشخصية وتتضمن (الرغبات، والتوقعات).
- الخيارات وتتضمن (الفرص، والبدائل، والتفضيلات).
- سابعاً: مؤشرات الدمج الاجتماعي:**
- الانخراط المجتمعي والمشاركة
- الدور الاجتماعي ويتضمن (المساهمة والتطوع).
- الدعم الاجتماعي ويتضمن (شبكة الدعم، والخدمات).
- ثامناً: الحقوق**
- الحقوق الانسانية وتتضمن (الاحترام، والكرامة، والمساواة).
- الحقوق القانونية (المواطنة، والتسهيلات) (Schalock, 2004).

كما وأشارت الأبحاث إلى أن هناك مؤشرات لنوعية الحياة يمكن أن تكون أكثر قدرة على التنبؤ بنوعية الحياة وأبعادها. فعلى سبيل المثال فقد وجدت دراسة (De la Rie et al., 2005) أن تقدير الذات يتنبأ بنوعية الحياة لدى الكبار والصغار الذين يعانون من اضطرابات الأكل ، وفي دراسة (Caron et al., 2005) على نوعية الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من مرض نفسي،

وجدت أن هناك عناصر محددة للدعم الاجتماعي تنتبأ بنوعية الحياة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب "السكيزوفرينيا". وقد اكتشف (Bastiaansen et al. 2004) أن مؤشرات نوعية الحياة أثرت بشكل مختلف على الأطفال وذلك حسب التشخيص. أما بشكل عام فإن الدعم الاجتماعي، والرضا عن العمل، والعلاقات الجيدة، وتقرير المصير، هي متنبئات جيدة لنوعية الحياة (Burgess & Gutstein, 2007).

3.5.1.2. التوجه الذاتي مقابل التوجه الموضوعي لقياس نوعية الحياة:

لقد كانت الجهود الأولية تعرّف مفهوم نوعية الحياة وتقيسه بمؤشرات موضوعية. ومنذ مطلع العام 1970 أشارت العديد من الدراسات إلى أن المؤشرات الموضوعية تعطي فقط قدراً بسيطاً من المعلومات حول نوعية حياة الفرد وحول رفاهه الذاتي. فقد أشار كيومنز إلى أن العديد من الدراسات أظهرت أن الفرد يسجل مستويات من الرضا عن الحياة بغض النظر عن البيئة الفقيرة التي يعيش فيها. وهكذا فإن استخدام المؤشرات الموضوعية كمقياس لنوعية حياة المجتمعات بدأت تلاقي تحدياً من قبل الدراسات التي أخذت تركز على استجابات الأفراد عن أحوال حياتهم (Cummins, 2000).

ومسألة التقييم الموضوعي مقابل التقييم الذاتي لنوعية الحياة استمرت منذ أن قام كل من Campbell و Rogers باقتراح استخدام المؤشرات الذاتية بدلاً عن المؤشرات الموضوعية التي كانت تستخدم من قبل علماء الاجتماع لقياس نوعية الحياة لدى الأفراد في بداية الستينيات والسبعينيات (Meeberg, 1993).

أما كيومنز (Cummins, 1997) فقد اقترح أنه من الضروري أن نفضل قياس العناصر الموضوعية عن العناصر الذاتية لنوعية الحياة. ويشير كيومنز أنه بالرغم من أن العناصر الموضوعية والذاتية هي جزء من بناء مفهوم نوعية الحياة، إلا أنه بشكل عام يوجد بينهما ارتباط ضعيف، فقد وجد مثل هذا الارتباط – على سبيل المثال – بين الصحة الجسدية وإدراك الصحة.

وهناك عدد من الباحثين الذين أخذوا يعرفون مفهوم نوعية الحياة على أنه مفهوم ذاتي، وأن قياسه يتم عن طريق التقييم الذاتي. ومنظمة الصحة العالمية من أوائل من عرفوا نوعية الحياة بأنها ذات طبيعة ذاتية حيث عرفت المنظمة نوعية الحياة بأنها إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة، وتوقعاته، ومعتقداته واهتماماته.

أيضاً فإن (Meeberg, 1993) عرفت نوعية الحياة بأنها الشعور العام بالرضا، مؤكدةً بذلك على الطبيعة الذاتية لمفهوم نوعية الحياة.

كما أن (Schalock, 2000) أكد على الطبيعة الذاتية لمفهوم نوعية الحياة، وأشار إلى أن أي مقياس لا يحتوي على أداة تقيس مدى إدراك الفرد وحكمه على حياته يكون مقياساً غير كامل، إلا أنه أشار إلى ضرورة التفكير بعدد من مؤشرات نوعية الحياة التي يمكن تقييمها موضوعياً وذاتياً.

وبما أن مؤيدي التوجه الموضوعي ومؤيدي التوجه الذاتي واجهوا صعوبات في قياس نوعية الحياة كل على حدة، فقد أصبح هناك اقتناع واتفق ضمنى بين الباحثين حول دمج التوجه الذاتي مع التوجه الموضوعي لنوعية الحياة مع الاعتراف بنقاط القوة والضعف لكل منهما. فقد أكد كيومنز (Cummins, 1997) على طبيعة مفهوم نوعية الحياة بجانبه الموضوعي والذاتي وركز على ضرورة قياس الجانبين. لذلك فقد أصبح هناك توجه جديد في القياس يتم فيه قياس المؤشرات الذاتية والموضوعية. وهناك العديد من النماذج التي تستخدم المؤشرات الموضوعية والذاتية لقياس أبعاد نوعية الحياة، ومن هذه النماذج نموذج هاس (Haas, 1999)، ونموذج شالوك (Schalock, 2000)، ونموذج فيلس وبيري (Felce & Perry, 1995).

وتشير كرين (Crane, 2005) إلى أن المقاييس الموضوعية والذاتية كليهما مقياس ضرورية لقياس نوعية الحياة. فالمقاييس الموضوعية تزود المقيم بحقائق عن ظروف الحياة. والمقاييس الذاتية هي مقاييس تعطي بيانات حول إدراك الفرد لنوعية حياته.

ويشير أنتونيو (Antonio, 2008) إلى أن المركز الأسترالي لنوعية الحياة

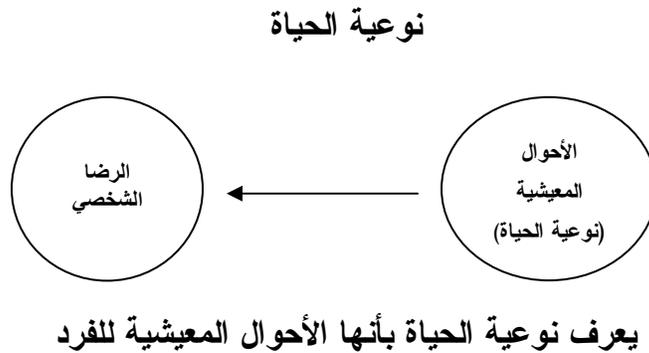
(Australian Centre on Quality of Life, 2007) قد أشار الى أن نوعية الحياة تتألف من محورين موضوعي وذاتي، وكل محور يتألف من عدد من الأبعاد، ومجموعها يعرف بناء مفهوم نوعية الحياة. وتقاس أبعاد نوعية الحياة الموضوعية بمؤشرات محددة ثقافياً للرفاه. أما نوعية الحياة الذاتية فتقاس من خلال السؤال عن الرضا.

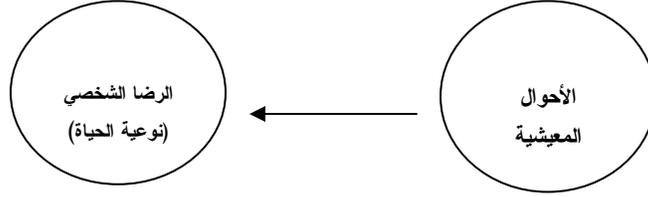
6.1.2. نماذج مفاهيمية لتعريف وقياس نوعية الحياة على مستوى الفرد

هناك العديد من الباحثين الذين اجتهدوا في تعريف وقياس مفهوم نوعية الحياة، وقد اكتفى البعض بإعطاء تعريف إجرائي للمفهوم، واكتفى البعض الآخر بالإشارة الى أبعاد مفهوم نوعية الحياة معتقدين أن لا ضرورة لتعريف المفهوم ما دام الهدف هو قياس الأبعاد. إلا أن هناك مجموعة من الباحثين الذين قاموا بتصميم نماذج لتعريف وقياس هذا المفهوم ومن هذه النماذج:

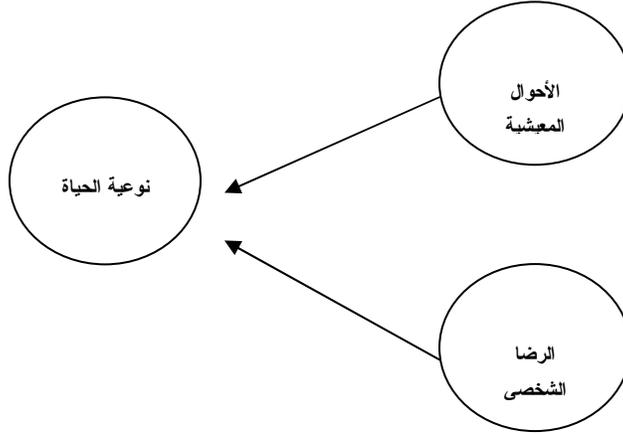
1.6.1.2. نموذج بورثويك (Borth-wick (1992 لتعريف وقياس نوعية الحياة الموجود في Felce & Perry (1995, p.55)

يعتبر هذا النموذج أقل النماذج تعقيداً، فقد استعرض بورثويك (1992) Borth-wick نموذجاً لنوعية الحياة قائماً على أساس ثلاث جهات نظر، والشكل (2 . 1) يشير إلى نموذج بورثويك:





يعرف نوعية الحياة بأنها رضا الفرد عن أحواله المعيشية



يعرف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا

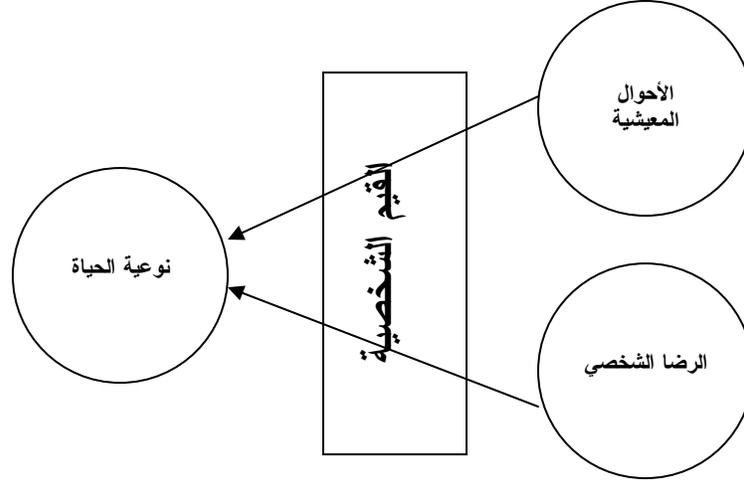
الشكل 1.2 : نموذج بورثويك لتعريف وقياس نوعية الحياة

في (Felce & Perry (1995, p.55)

وهكذا فإن نموذج بورثويك (Borth-wick (1992 ينظر إلى نوعية الحياة من وجهات نظر مختلفة:

- وجهة النظر الأولى: تعرف نوعية الحياة بأنها الأحوال المعيشية للفرد.
- وجهة النظر الثانية: تعرف نوعية الحياة بأنها رضا الفرد عن أحواله المعيشية.
- وجهة النظر الثالثة: تعرف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا.

وقد قام فيلس وبييري (1995) بإضافة وجهة نظر رابعة إلى هذا النموذج كما في الشكل رقم (2.2):



الشكل 2.2: نموذج فيليس وبييري الذي يعرف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا، والقيم الشخصية. في (Felce & Perry (1995, p.55)

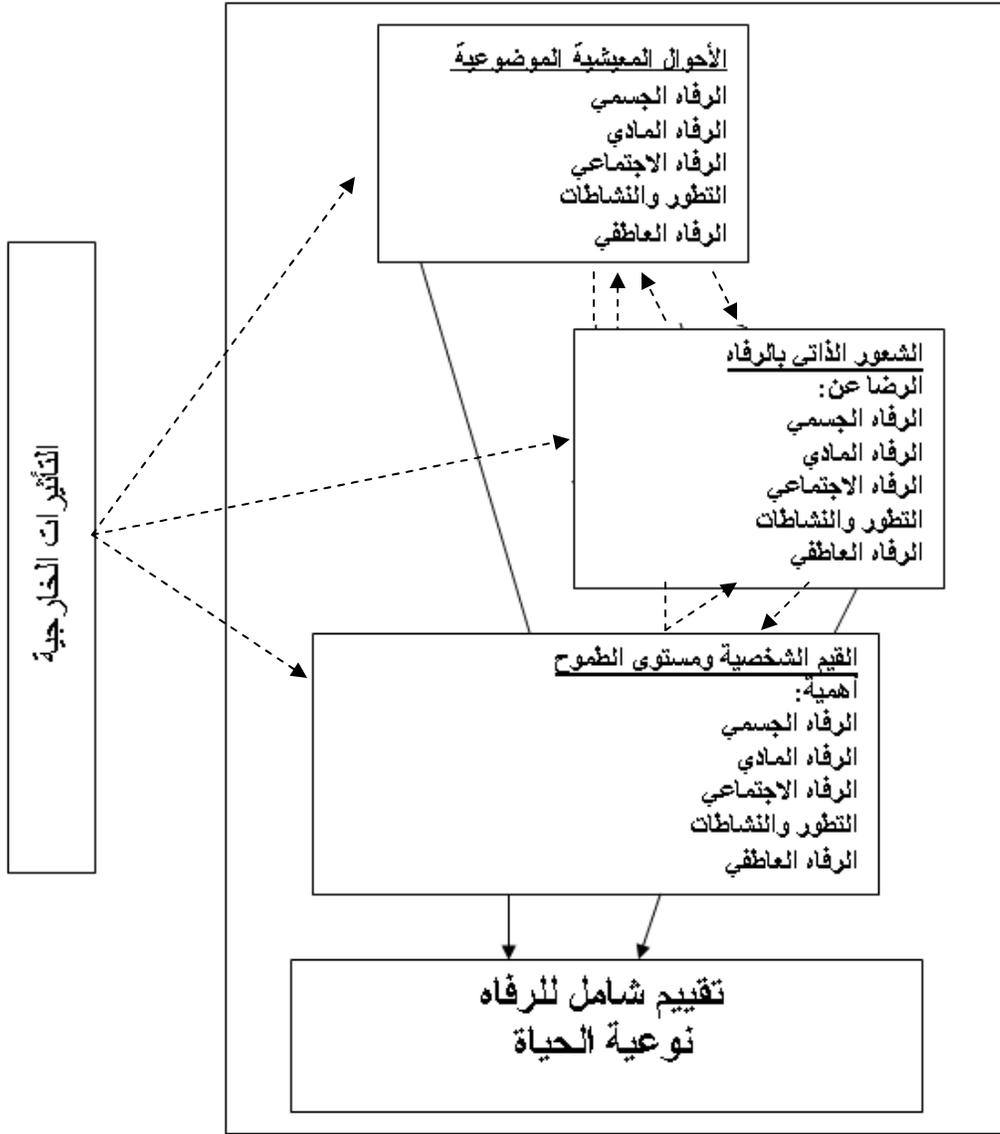
يعرف فيلس وبييري (Felce & Perry (1995, p.55) نوعية الحياة – وفقاً لنقدهما لنموذج بورثويك (1992) – بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا، مع التأكيد على الحاجة بأن تؤخذ القيم الشخصية، وطموحات الفرد وتوقعاته بعين الاعتبار.

2.6.1.2. نموذج فيلس وبييري (Felce & Perry (1995, p.62) لتعريف وقياس نوعية الحياة:

لقد قام فيلس وبييري بانتقاد نموذج بورثويك (1992) Borth-wick المكون من ثلاث جهات نظر حول تعريف نوعية الحياة وذلك بوضع جانب رابع للنموذج يعرف نوعية الحياة بأنها مزيج من الأحوال المعيشية والرضا، مع التأكيد على الحاجة بأن تؤخذ القيم الشخصية، والطموح والتوقعات بعين الاعتبار (Felce & Perry, 1995).

وتلعب القيم الشخصية، والطموح دوراً هاماً في تحديد نوعية حياة الفرد (Schalock & Verdugo, 2002) في (Schalock, 2004). وقد اقترح فيلس وبيري نموذجاً لنوعية الحياة يدمج فيه الأبعاد الذاتية والموضوعية لنوعية الحياة مع القيم الشخصية، مميّزاً بذلك العلاقة الديناميكية الموجودة بين عناصر نوعية الحياة. وقد عرفنا القيم الشخصية بأنها الأهمية النسبية التي يعطيها الفرد لظروف الحياة الموضوعية ورفاهه الذاتي على جوانب الحياة (Felce & Perry, 1995).

وقد قام فيلس وبيري بتوسيع نموذجهما ليشمل بذلك تصنيفهما لأبعاد نوعية الحياة، والتي تم استخراجها من دراستهما لعدد واسع من الدراسات السابقة مثل دراسة (Andrew & Withny, 1976) و (Baker & Intagliata, 1982) و (Campell et al., 1976) و (Cummins, 1992) وغيرهم. وهذه الأبعاد هي: الرفاه الجسمي، والرفاه المادي، والرفاه الاجتماعي، والتطور والنشاطات، والرفاه العاطفي. وقد تم دمجها مع العناصر الثلاثة التي استوحاها من نموذج بورثويك (Borth-wick, 1992) وهي: الأحوال المعيشية، والرضا الشخصي والقيم الشخصية والطموح (Felce & Perry, 1995). والشكل (3.2) يشير إلى نموذج فيلس وبيري (1995):



الشكل 3.2: نموذج فيلس وبيري للتقييم الشامل لنوعية الحياة
في (Felce & Perry (1995, p.62)

وقد عرف فيلس وبيري (Felce & Perry, 1995) نوعية الحياة وفقاً لهذا النموذج بأنها الرفاه الشامل الذي يشتمل على مواصفات موضوعية وعلى التقييم الذاتي للرفاه الجسمي، والمادي، والاجتماعي، والنفسي. وجميعها مقيّمة من خلال مجموعة من قيم الفرد الشخصية.

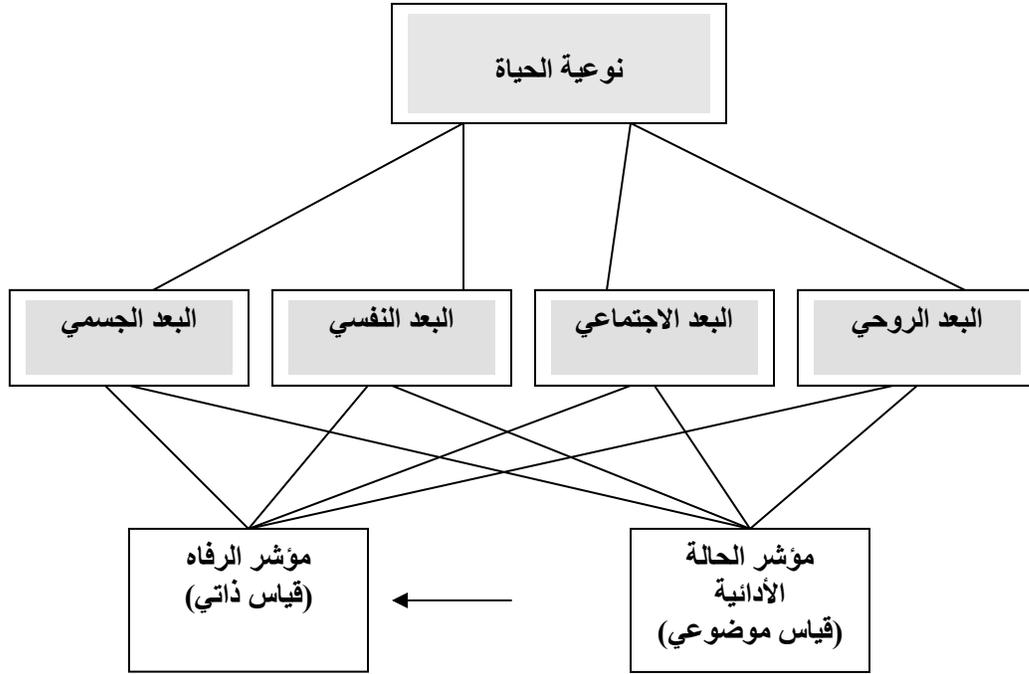
ويشير فيلس وبيري (Felce & Perry, 1995) ، إلى أن العناصر الثلاثة (الأحوال المعيشية، والرضا، والقيم الشخصية) في تفاعل ديناميكي مع بعضها البعض. وبهذا فإن أي تغيير في الجوانب الموضوعية للحياة، يمكن أن يحدث تغييراً في رضا الفرد أو في قيمه الشخصية أو في كليهما. وبالمثل فإن التغيير في القيم الشخصية يمكن أن يغير رضا الفرد ويعجل في تغيير الظروف الموضوعية. وبنفس الطريقة فإن التغيير في الإحساس بالرضا يمكن أن يقود إلى إعادة تقييم القيم وأسلوب الحياة.

بالإضافة إلى أن العناصر الثلاثة تؤثر في بعضها البعض كما يشير فيلس وبيري (Felce&Perry, 1995)، فإن العناصر الثلاثة قادرة على التغيير باستقلالية كنتيجة لعوامل ومؤثرات خارجية. ومن أمثلة هذه العوامل والمؤثرات الخارجية الموروث الجيني والاجتماعي والمادي، والعمر والنضج، والتاريخ التطوري، والتوظيف، وتأثير الرفاق، وغيرها من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية الكثيرة.

وبما أن العناصر الثلاثة التي تعرف نوعية الحياة عرضة للتأثر بهذه العوامل والمؤثرات الخارجية، فإن تقييم العناصر الثلاثة يعتبر ضرورياً لأي تقييم، ويجب أن تؤخذ هذه العناصر بعين الاعتبار عند تصميم أي أداة لتقييم نوعية الحياة.

3.6.1.2. نموذج هاس (Haas, 1999) لتعريف وقياس نوعية الحياة:

لقد قامت هاس (Haas, 1999, P.219) بتصميم نموذج لنوعية الحياة قائم على أساس قياس أبعاد نوعية الحياة الأربعة (الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، والروحية). والشكل (4.2) يشير إلى نموذج هاس:



الشكل 4.2: نموذج هاس لتعريف وقياس نوعية الحياة

في (Haas, 1999, P.219)

وعرّفت هاس (Haas, 1999) نوعية الحياة وفقاً لهذا النموذج بأنها تقييم متعدد الأبعاد لظروف الفرد الحالية ضمن الثقافة ونظام القيم السائدة التي يعيش ضمنها، إضافة للقيم الشخصية التي يحملها. كما أنها عرّفت نوعية الحياة بأنها أولاً إحساس ذاتي بالرفاه يشمل الأبعاد الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، والروحية. وفي بعض الظروف التي يكون فيها الفرد غير قادر على إدراك وضعه وتقييمه ذاتياً، فإن المؤشرات الموضوعية يمكن أن تقدم لنا تقييماً بديلاً عن التقييم الذاتي.

وقد أوضحت هاس (Haas, 1999) أن نوعية الحياة تعتمد على القيم، وهو مفهوم متعدد المجالات، وديناميكي، ويتضمن نوعاً من التقييم أو القياس. أما عناصر الرفاه الذاتي فهي مؤشرات أولية لنوعية الحياة وتؤثر في أبعاد نوعية الحياة الأربعة (الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، والروحية). كما أن الرضا عن الحياة هو مؤشر آخر ذو أهمية لنوعية الحياة، والذي يؤثر على الإحساس بالرفاه.

كما أشارت هاس إلى أن الرفاه الذاتي والرضا عن الحياة هما عنصران مهمان لنوعية الحياة، وبذلك أكدت هاس بأن الرفاه الذاتي والرضا ليسا مرادفين لمفهوم نوعية الحياة.

ولتقييم نوعية الحياة، فإن التقييم يجب أن يشمل كل الأبعاد، وأنه من غير المجدي أن نكتفي بتقييم جانب واحد من جوانب نوعية الحياة، والخروج بنتيجة حول نوعية حياة الفرد أو المريض، بل يجب الخروج بتقييم واحد يشمل أبعاد نوعية الحياة جميعها.

وقد أكدت هاس (Haas, 1999) أن قياس الأبعاد الأربعة يعتمد على إدراك الفرد لهذه الأبعاد، ومدى رضاه عنها. ويتم قياس مؤشر الحالة الوظيفية/الأدائية للفرد بمقاييس موضوعية، كما ويتم قياس مؤشر الرفاه بمقاييس ذاتية (ويعني المؤشر مدى رضا الفرد عن هذه الجوانب).

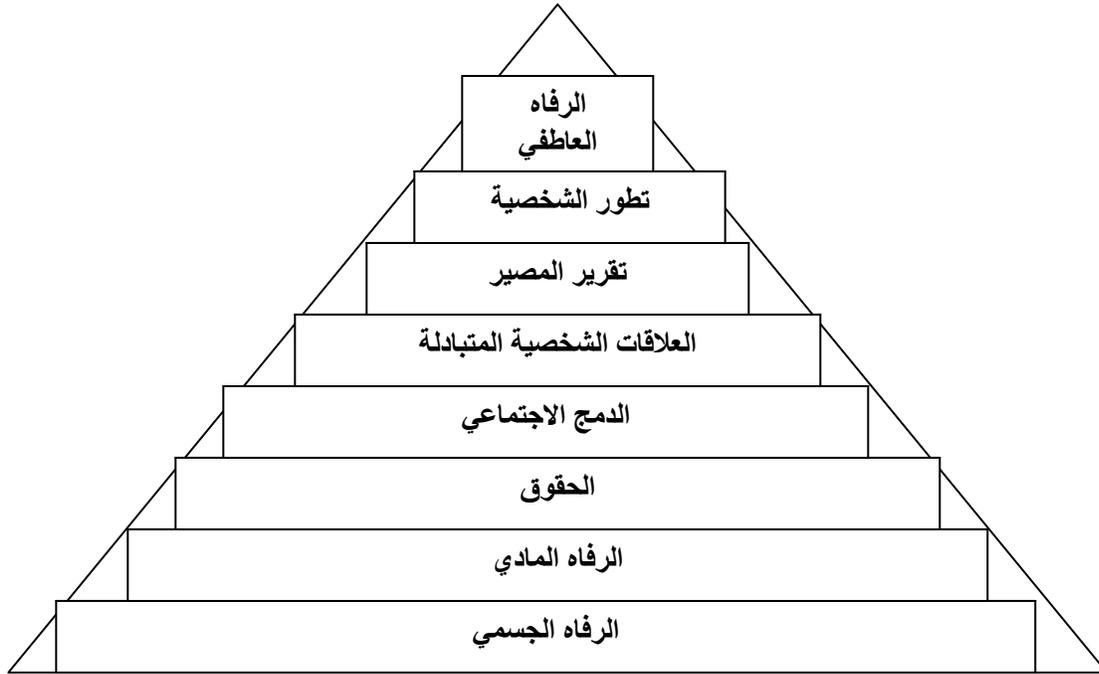
وتشير هاس في تصميمها إلى أن نوعية الحياة تعتبر ثمرة الأحوال المعيشية الحالية، وهي دائماً تقيم في الحاضر بغض النظر عن كونها مرتفعة أو منخفضة، جيدة أو سيئة.

وقد استخدم هذا التصميم في كثير من الدراسات حول الأمراض المزمنة والمستعصية مثل دراسة هيلدرلي (Hilderley, 2001) التي أجريت على مرضى السرطان، والتي أوضحت فيها أن لنوعية الحياة أربعة أبعاد أو مجالات وهي: البعد الجسمي، والبعد النفسي، والبعد الاجتماعي، والبعد الروحي.

2. 1. 6. 4. نموذج شالوك (Schalock , 2000, p.121) تعريف وقياس نوعية الحياة:

وتعرّف نوعية الحياة وفقاً لهذا النموذج بأنها المفهوم الذي يعكس الحالة المعيشية المرغوبة لدى الفرد والمتعلقة بأبعاد نوعية الحياة الثمانية (Schalock, 2000). ويشير شالوك (Schalock , 2000) إلى أن لمفهوم نوعية الحياة طبيعة متعددة الأبعاد وأشار إلى ثمانية أبعاد هي: الرفاه العاطفي، العلاقات الشخصية المتبادلة، الرفاه المادي، التنمية الشخصية، الرفاه الجسمي، تقرير المصير، الدمج الاجتماعي، والحقوق. ويشير شالوك (Schalock, 2000) إلى أن هناك اتفاق بين الباحثين حول ثلاثة نقاط رئيسية هي:

- أن مفهوم نوعية الحياة مفهوم ذاتي Subjective .
 - يتم تقييم الأبعاد المختلفة لنوعية الحياة من قبل الأفراد بشكل مختلف
 - إن القيمة المعطاة لكل بعد تختلف باختلاف الحياة التي يمر بها الفرد.
- وهذه النقاط المتفق عليها من قبل الباحثين في مجال مفهوم نوعية الحياة تشير إلى أن مفهوم نوعية الحياة يجب أن يتم النظر إليه من منظور هرمي. فهناك نموذج وصفه شالوك (Schalock, 1996) والشكل رقم (5.2) يبين الترتيب الهرمي لأبعاد نوعية الحياة:



الشكل 5.2 : الترتيب الهرمي لأبعاد نوعية الحياة
في (Schalock, 2000, p.119)

إن الترتيب الهرمي يتغير بناء على نوع الفرد الذي يجري عليه البحث، فعلى سبيل المثال يختلف الترتيب الهرمي لدى الأطفال والمراهقين عنه لدى الراشدين أو لدى كبار السن.

وفي محاولة لتعريف وقياس نوعية الحياة قام شالوك بوضع نموذج يشير إلى الطبيعة المتعددة للمفهوم وإلى طرق القياس التي يمكن استخدامها في تقييم نوعية الحياة والشكل (6.2) يشير إلى نموذج شالوك في تعريف وقياس نوعية الحياة:

حسب شالوك (Schalock, 2000) فإن هذا التوجه في تقييم نوعية الحياة يعتمد على ثلاثة افتراضات لتعريف المفهوم وقياسه وهي:

- أن مفهوم نوعية الحياة يتألف من ثمانية أبعاد أساسية.
- وأن يعتمد التركيز في قياس نوعية الحياة على تقييم الفرد للنتائج.
- وأن الاستراتيجيات المستخدمة في التقييم يجب أن تكون إما تقييم شخصي أو تقييم للأداء.

وفيما يلي توضيح للاستراتيجيات المستخدمة في التقييم حسب نموذج شالوك (2000):

التقييم الشخصي:-

إن التقييم الشخصي يؤكد على الطبيعة الذاتية لنوعية الحياة، ويتم عن طريق استجواب الفرد حول مدى رضاه عن الجوانب المختلفة من حياته. فمثلاً يمكن أن يسأل المستجيب عن المدى الذي يكون فيه راضياً عن الظروف المعيشية الحالية في المنزل، أو عن المدى الذي يكون فيه الفرد راضياً عن المهارات أو الخبرات التي اكتسبها من عمله وهكذا (Schalock, 2000). وتكمن أهمية هذا النوع من القياس بأنه يسمح للفرد بعمل تقييم ذاتي لنوعية حياته، ويسمح بالافصاح عن مستوى الرضا الذي يعبر عنه الفرد كمياً (بالأرقام) (Crane, 2005).

تقييم الأداء:-

إن من أكثر التقييمات المستخدمة لتقييم الأداء هي:

- مقاييس التقدير
- الملاحظة
- الاستبانات

وهذه الأنواع من المقاييس تحاول تسجيل أداء الفرد عبر واحدة أو أكثر من أبعاد نوعية الحياة ومؤشراتها. وهذا النوع من المقاييس يستخدم القياس الرتبي، وذلك لقياس الوظائف لدى الفرد،

فمثلاً يمكن لهذه المقاييس أن تسأل عن عدد المرات التي تستخدم فيها المرافق الصحية، أو عدد النوادي التي يشترك فيها الفرد.

والتقييم يجب أن يشمل واحدة أو أكثر من أبعاد نوعية الحياة. وكل بعد من الأبعاد له مؤشرات تتضمن اتجاهات السلوك، وعوامل أدائية تمثل واحدة أو أكثر من جوانب أبعاد نوعية الحياة. والمؤشرات يمكن أن تقاس إما بالتقييم الشخصي أو بتقييم الأداء. ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن التقييم الشخصي يعتمد على مؤشرات ذاتية، كما ويعتمد تقييم الأداء على التقييم الموضوعي والمؤشرات الموضوعية.

وبناء على ما ذكر فإن المؤشرات الذاتية التي تستخدم لتقييم نوعية حياة الفرد تختلف عن المؤشرات الموضوعية، إلا أن كليهما يقيم أبعاد نوعية الحياة. كما أن هناك أبعاداً يكون استخدام المقاييس الذاتية فيها أنجع من استخدام المقاييس الموضوعية، فإنه من الأفضل تقييم بُعد الرفاه العاطفي، وتقرير المصير، والحقوق، والعلاقات الشخصية المتبادلة بالتقييمات الشخصية الذاتية. أما تقييم بُعد الرفاه المادي، وتنمية الشخصية، والرفاه الجسمي، والدمج الاجتماعي فيتم بالتقييمات الموضوعية. لذلك فإن هناك حاجة ماسة لاستخدام مقاييس متعددة لإدراك الفرد لنوعية حياته (Schalock, 2000).

وقد قام شالوك (2004) بتطوير تصور منهجي Methodological overview، يهدف لقياس نوعية الحياة لذوي الإعاقات العقلية، وهذا التصور تم تبنيه واستخدامه في شتى المجالات والتخصصات. وقد سمى شالوك تصوره المنهجي بالتوجه المتعدد Pluralist Methodological Approach ، وقد عبر هذا التصور عن الطبيعة المتعددة الأبعاد لنوعية الحياة، ويمكن من خلال هذا التصميم قياس المؤشرات الموضوعية والذاتية في نفس الوقت. وقد قسم شالوك تصميمه إلى ثلاث مستويات من الأنظمة، مشيراً إلى أن الفرد يعيش داخل عدد من الأنظمة تؤثر على تطور قيمه، ومعتقداته واتجاهاته. وهذا التصميم يحتوي على مقاييس متعددة تتضمن تقيماً شخصياً، وتقيماً للأداء، وتقييم المؤشرات الاجتماعية، كما ويشير التصميم إلى التوجه القياسي المستخدم لقياس المستويات، ويشير إلى الاستراتيجيات المستخدمة في عملية القياس، وفيما يلي توضيح لهذا المنهج:

1- مستوى نظام Microsystem

ويركز هذا المستوى على الطبيعة الذاتية لنوعية الحياة (تقييم ذاتي Personal Appraisal) إن القياس الذاتي للرضا هو الاستراتيجية المستخدمة في هذا المستوى ، والمستخدم أيضاً في قياس السعادة.

2- مستوى نظام Mesosystem:

ويركز هذا المستوى على الطبيعة الموضوعية لنوعية الحياة (تقييم الأداء Functional Appraisal)

ومن استراتيجيات القياس لهذا المستوى : - مقاييس التقدير التي تقيس مستوى الأداء، والملاحظة، والاستبانة التي تقيس الأحداث الخارجية والظروف الخارجية مثل: المشاركة في النشاطات اليومية، والسيطرة على الذات وتقرير المصير، والدور/ الحالة (كالتعليم، والوظيفة، والحالة المعيشية).

3- مستوى نظام Macrosystem

ويركز هذا المستوى على الظروف الخارجية (المؤشرات الاجتماعية Social indicators) ومن استراتيجيات القياس في هذا المستوى: قياس مستوى العيش، ومستوى التوظيف، والبطالة، ومستوى الأمية، ومعدلات الموت، وتوقع الحياة (Schalock, 2004).

5.6.1.2. نموذج كيومنز لتعريف وقياس الرفاه الذاتي

لقد قام كيومنز وزملاؤه بتقديم نظرية شاملة وحديثة في مفهوم نوعية الحياة كمفهوم يعبر عن الرفاه الذاتي كحالة العقل. فقد وصف نوعية الحياة بأنها حالة العقل محددة بيولوجياً.

ويشير كيومنز وآخرون (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى قبول أفكار Campbell (1976) بأن الرفاه الذاتي مكون من عناصر إدراكية، ومن العواطف. وقد استخدم كيومنز وآخرون مصطلح السعادة ليصفوا بها العواطف. وقد أشاروا إلى هذه الظاهرة بالرفاه الذاتي (Subjective Well-Being (SWB)).

وتنقسم العواطف إلى نوعين: العواطف الايجابية، والعواطف السلبية:

وتشير العواطف الايجابية Positive Affect إلى المزاج الجيد والمشاعر السارة مثل الفرح والحب. والمشاعر الايجابية أو السارة هي جزء من الرفاه الذاتي لأنها تعكس ردود فعل على الأحداث التي تدل على سير الفرد في الطريق المرغوب فيه. ومن التصنيفات الرئيسية للمشاعر الايجابية أو السارة:

التصنيف "منخفض الاثارة" مثل الرضا أو القناعة.

التصنيف "متوسط الاثارة" مثل السرور.

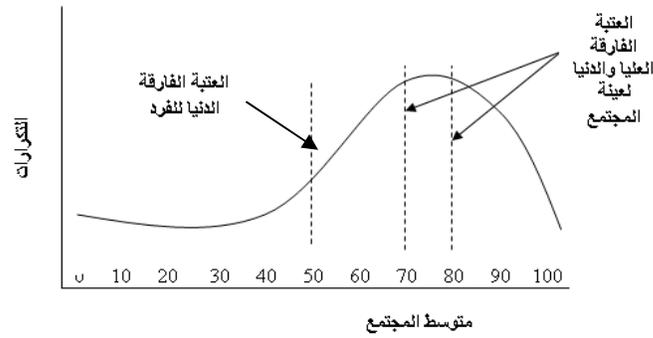
التصنيف "عالي الاثارة" مثل الغبطة (Diener, 2005).

أما العواطف السلبية Negative Affect ، فتتضمن المشاعر السلبية والمزاج غير السار. وتمثل الاستجابات السلبية التي يختبرها الفرد كردة فعل على حياته، وصحته، والأحداث، والظروف المعيشية. ومن الأشكال الرئيسية لردود الفعل السلبية وغير السارة الغضب، والحزن، والقلق، والضغط النفسي، والإحباط، والشعور بالذنب، والحسد. وبالرغم من أن المشاعر السلبية متوقع أن تكون ضرورية للأداء الفعال للفرد، إلا أن المشاعر السلبية المتكررة وطويلة الأمد تشير إلى أن حياة الفرد تسير بشكل سيء. كما أن امتداد الخبرات والمشاعر السلبية يمكن أن يؤثر على الأداء الفعال للفرد، ويجعل حياته غير سارة (Diener, 2005).

أما الإدراك فيعبر عن التناقض بين الطموح والإنجازات، وتتراوح بين إدراك تحقيق الطموح أو الحرمان. ويقترح "دراپر" أن الرضا يشير إلى الخبرة المدركة، بينما السعادة فهي خبرة أو مشاعر أو عواطف (Draper, 1997).

أما الإدراك في الرفاه، فإنه ينتج عن حساب مقارنات داخلية متعددة للاختلافات المدركة بين ما يوجد لدى الفرد مقابل ما يريد الفرد، وما يوجد لدى الفرد، وأحسن ما كان يوجد لدى الفرد في السابق، وما كان يتوقع الفرد أن يمتلكه، وما يتوقع الفرد من امتلاكه في المستقبل، وماذا يستحق الفرد، وماذا يحتاج الفرد. وهذا ما أسماه كيومنز بالرضا عن الحياة. ومقدار الرضا المشتق من تحقيق الحاجات المتعدد، يرتكز على افتراض أن الرغبة في الرضا تحفز الفرد للقيام بفعل ما، وهذا يطبق على الرضا عن العمل، والصحة، والتعليم، وأوجه أخرى من الحياة (Rapley, 2003).

كما ويشير كيومنز وآخرون (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى أن نوعية الحياة الذاتية يمكن أن توصف بمعايير Normative standard، ويشير إلى أن متوسط نوعية الحياة الذاتية للمجتمع الغربي تتراوح بين 70-80 % درجة قصوى، وبمتوسط حسابي مقداره 75، وانحراف معياري 2.5 . والعتبة الفارقة الدنيا للفرد 50% درجة قصوى وذلك كما هو مبين في الشكل (7.2):

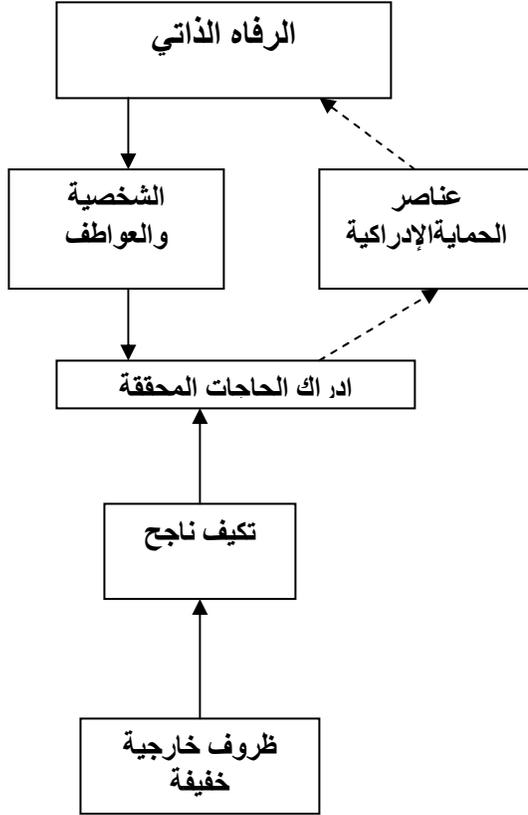


الشكل 7.2: منحنى التوزيع الطبيعي للرفاه الذاتي
(Rapley, 2003, p.195)

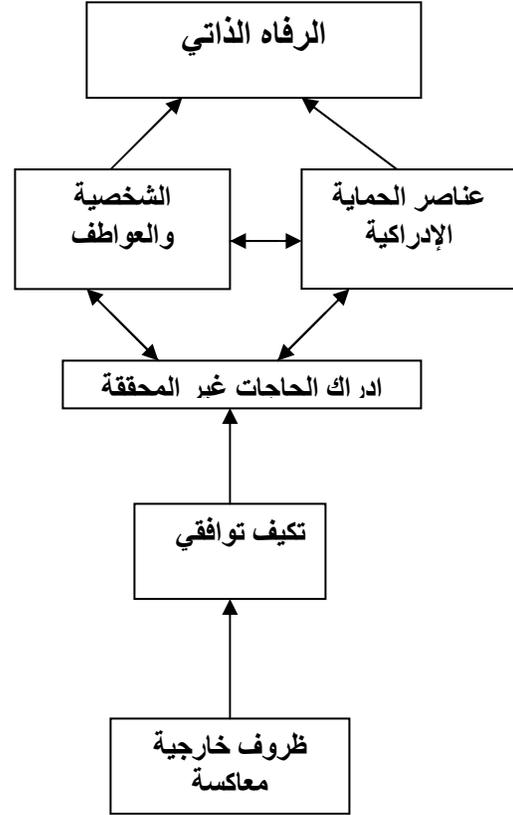
ويشير كيومنز وآخرون (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى عدم وجود أي دراسة حتى الآن تشير إلى قيم أعلى من 80% درجة قصوى، وأن أعلى متوسط للرفاه الذاتي لدى الأشخاص الأغنياء كان 80% درجة قصوى.

ويظهر الشكل (8.2) نموذج كيومنز للرفاه الذاتي المتوازن:

نظام التوازن بدون تحدي



نظام التوازن تحت التحدي



الشكل 8.2: نموذج الرفاه الذاتي المتوازن

(Rapley, 2003, p.206)

والفكرة الرئيسية لنظام التوازن الداخلي هو أن الرفاه الذاتي مسيطر عليه داخلياً لكل فرد في مدى محدد *In a Set Point Range*، وكل فرد لديه مدى محدد مثبت داخلياً لمستوى رفاهه الذاتي. وإدراك الفرد لرفاهه الذاتي يبقى عادة في محور حول هذا المدى الضيق.

وفكرة أن الرفاه الذاتي لا يختلف ويتغير ببساطة على أهواء الفرد وظروفه، وأن هناك سيطرة بيولوجية داخلية تحدد سلوك الفرد، أعطت أحداث الحياة دوراً محدوداً في تحديد رفاه الفرد الذاتي.

وأشار كيومنز وآخرون (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) الى العديد من العوامل التي لها تأثير على تحديد رفاه الفرد الذاتي، ومن هذه العوامل : الشخصية، وعناصر الحماية الادراكية، والحوافز والحاجات، والتكيف. وهنا توضيح لكل واحدة من هذه العوامل:

1.5.6.1.2. الشخصية والرفاه الذاتي

لقد سمح كيومنز لأنظمة دماغية أخرى بأن يكون لها دور في تحديد الرفاه الذاتي، ومنها عناصر الشخصية المؤلفة من الشخصية العصابية التي وصفها على أنها مصدر العواطف السلبية، والشخصية الانبساطية التي وصفها بأنها مصدر العواطف الايجابية. كما أشار كيومنز الى أن التوازن بين بعدي الشخصية يحقق بداية الشعور بالرفاه الذاتي، وهذان البعدان مدعومان من قبل مجموعة من المتغيرات المتوازنة التي تدعمها عناصر الحماية الإدراكية. ويشير كيومنز إلى أن الرفاه الذاتي يقع تحت سيطرة الشخصية مباشرة، وتحت سيطرة غير مباشرة لعناصر الحماية الادراكية، والتي تعمل معاً لإبقاء الرفاه الذاتي ضمن المدى الطبيعي (Rapley, 2003).

2.5.6.1.2. عناصر الحماية الادراكية والرفاه الذاتي - Buffers of Subjective Well-Being

لقد أشار (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى أن هناك دوراً لعناصر الحماية الادراكية Buffers في الرفاه الذاتي. فالطريقة التي يفكر بها الأشخاص ويفسر بها ما يحصل في حياتهم له علاقة وطيدة بمستوى الرفاه الذاتي لديهم. ويشير كيومنز إلى أن هناك ثلاثة عناصر حماية إدراكية تعتبر مهمة للرفاه وهي: تقدير الذات، وإدراك السيطرة، والتفاؤل.

والعنصر الأول من عناصر الحماية الادراكية هو تقدير الذات. وقد أشار كيومنز إلى أن الشعور الجيد (تقدير الذات المرتفع) ينتج عنه رفاه ذاتي أو شعور جيد. وعلى العكس فإن الشعور السيئ (تقدير الذات المنخفض) ينتج عنه شعور بالمرض. وتقدير الذات المنخفض يرتبط بالقيم المنخفضة لعناصر الحماية الادراكية، عاكساً بذلك نظاماً دفاعياً ضعيفاً، وهذا ما يسمى "إبطال التوازن" Homeostasis Defeat الناتج عن أحداث الحياة السلبية (Rapley, 2003).

أما العنصر الثاني فهو عامل إدراك السيطرة، وهو عامل مهم لنوعية الحياة، فإدراك السيطرة مساعد قوي آخر يقوي الرفاه الذاتي في الأحوال والظروف الطبيعية، وعندما يعتقد الأفراد أن بيئتهم التي يعيشون فيها تحت سيطرتهم، يكون لديهم ضبط داخلي، وهذا يعزز الرفاه الذاتي لديهم. أما إذا قُبلت أحداث الحياة السلبية كدليل على فقدان السيطرة بالكامل، فإن ذلك يكون مؤشراً على العجز، ومدمراً للرفاه الذاتي. ومع ذلك فإن الظروف الخارجية لا يمكن إدراكها دائماً بأنها تحت سيطرة الفرد، فإذا كان إدراك السيطرة الخارجية على أنها عامل مساعد ومساند، ويتم فهم أحداث الحياة السلبية على أنها حظ سيء أو إرادة الله، فإن المشاعر السلبية المتعلقة بالحدث يمكن أن تقل، ويكون تأثيرها على الرفاه الذاتي أقل. وهذا هو الدور المقترح للسيطرة الخارجية أي: (ليس لتحسين الرفاه الذاتي بشكل مباشر ولكن لمساندة وعزل التأثير السلبي لأحداث الحياة السلبية). وبما أن قدرة عناصر الحماية الإدراكية محدودة، وهذه القدرة سوف يتم التغلب عليها عند وجود أحداث حياة سلبية شديدة أو طويلة الأمد، لهذا فإن المستويات المرتفعة للسيطرة الخارجية غالباً ما ترتبط بتدني الرفاه الذاتي.

أما عنصر الحماية الإدراكي الثالث فهو التفاؤل، والذي يعرف على أنه إدراك الفرد بأن المستقبل سوف يكون في صالح الفرد وسعادته (Rapley, 2003).

3.5.6.1.2. الدوافع، والحاجات والرفاه الذاتي

لقد أشار (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى أن ما يؤثر في مستوى الرفاه الذاتي هو وجود حاجات غير محققة لدى الفرد تتميز بأنها شديدة ومزمنة. والتي تعمل على إعاقة عمل عناصر الحماية الإدراكية وتخفيض من الرفاه الذاتي.

أما التحقيق المتكرر للحاجات عادة يكون لديه تأثير قليل على مستويات الرفاه الذاتي، ففي مثل هذه الحالات فإن عناصر الحماية الإدراكية لن تعمل عملها ، وبالتالي فإن مستوى الرفاه الذاتي سوف يبقى ضمن المدى المحدد.

4.5.6.1.2. التكيف مع الحياة والرفاه الذاتي

يشير (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى أن الشخصية تزود الفرد بخلفية عاطفية ثابتة تحدد مدى نظام التوازن. كما أن مجموعة من عناصر الحماية الإدراكية والشخصية تكوّن الرفاه الذاتي. وقد أشار كيومنز إلى أن مفهوم التكيف هو أساس عملية التوازن، ووصف التكيف بأنه عملية نفسية تسمح للفرد بأن يقلل من ردود الفعل تجاه تغير ظروف الحياة (Rapley, 2003).

وقد تطرق (Cummins et al., 2001) في (Rapley, 2003) إلى التوجه الموضوعي والذاتي في نظريته حول الرفاه الذاتي المتوازن. واعتبر "كيومنز" أن نوعية الحياة الذاتية والموضوعية مستقلتان عن بعضهما البعض. وأشار إلى أن نوعية الحياة الذاتية تقع تحت سيطرة التوازن البيولوجي homeo-static control، ويشير إلى أن الإنسان يطور إحساساً إيجابياً يسمح له بأن يحفظ نوعية حياته الذاتية في مستوى ثابت ضمن مدى معين من الظروف الموضوعية، و فقط عندما تصل نوعية الحياة الموضوعية إلى مستويات منخفضة جداً مثل (البطالة لفترة طويلة، أو جوع شديد) فإن نظام التوازن يختل وتتخفف نوعية الحياة الذاتية. وفي هذه الأحوال تظهر نوعية الحياة الذاتية والموضوعية باعتمادها على بعضها البعض، ولكن على مستوى الفرد فقط. وهذا يعتمد على الثقافة والقيم الفردية.

وخلاصة القول: فإن الباحث يستنتج أنه لا يوجد تعريف واحد متفق عليه لنوعية الحياة، ولا يوجد طريقة واحدة متفق عليها لقياس المفهوم، ولم يتبن الباحثون في العلوم النفسية والتربوية أي نموذج مفاهيمي حتى الآن لقياس وتعريف مفهوم نوعية الحياة، كما أنه لا يوجد تحديد للمؤشرات التي تقيس نوعية الحياة بشكل مخصص، ولم يتم تحديد أي منها الأفضل للاستخدام لكل فئة مستهدفة، أو ما إذا كان هناك مؤشرات يُفضل استخدامها عن مؤشرات أخرى (Burgess & Gutstein, 2007).

7.1.2 أهداف تقييم نوعية الحياة

لم يعد الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة مقصوراً على دراسات الباحثين، بل إن مفهوم نوعية الحياة ومخرجات تقييمه أخذت تهتم رجال الأعمال والمؤسسات الأكاديمية والتربوية، والمؤسسات

الخدماتية، التي أخذت تؤكد على رفع مستوى التوعية، وتؤكد على الحاجة إلى تطوير الخدمات المقدمة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات سواء أكانت ذهنية، أم نمائية أم تربوية أم صحية أم أكاديمية، وجعل هذه الخدمات أكثر جودة وأكثر فاعلية ومساهمة في تحسين نوعية الحياة التي يحياها الأفراد.

لذلك فإن دراسة مفهوم نوعية الحياة لدى الأفراد، وتحديد طرق قياس نوعية الحياة، تعطى معلومات قيمة للمهنيين لاستخدامها في تصميم وتقييم البرامج المقدمة للأفراد (Crane, 2005). كما أن مفهوم نوعية الحياة يعكس جوهر أي نتيجة علاجية أو تدخل علاجي. أيضاً فإن مفهوم نوعية الحياة يعطي أملاً لأولئك الذين يعملون على مستوى تصميم البرامج التربوية، ومقدمي الخدمات، والقائمين على تقييم البرامج المقدمة، بأن جهودهم سوف تسفر عن نتائج إيجابية تؤدي إلى تحسين نوعية الخدمات المقدمة وتجعلها أكثر راحة، وأكثر إنتاجية، كما وتعطي إحساساً أكبر بالرضا للمستفيدين من هذه البرامج المقدمة (Crane, 2005).

وتكمن أهمية مفهوم نوعية الحياة في المجال التربوي والاجتماعي كون المفهوم مفهوماً اجتماعياً (Social construct) يؤثر في تطوير البرامج والخدمات المقدمة في المجال التربوي، والصحي، ومجال الصحة النفسية. ويستخدم مفهوم نوعية الحياة كمعيار لتقييم فاعلية الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقات، ومدى رضا الأفراد عن الخدمات المقدمة لهم وذلك من أجل تحسين رفاه الفرد (Felce & Perry, 1996).

أما في المجال الصحي، فيهدف تقييم نوعية الحياة لدى المرضى إلى معرفة أثر العلاج والجراءات العلاجية في جميع جوانب حياة المريض. وتستخدم مقاييس مصممة خصيصاً لقياس قدرة الفرد على أداء مهام حياته، ويسمى هذا الجانب من نوعية الحياة "بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة" Health related quality of life (HRQOL) (Donald, 2001).

وهناك نوع آخر من "نوعية الحياة" يستخدم في المجال الطبي وهو Quality Adjusted Life years (QALY). وهذا النوع من القياس يأخذ في الحسبان نوعية الحياة الكمية والكيفية التي تنتج عن التدخل الطبي، كما يمكن تعريفه بأنه المعادلة الحسابية التي تنتج عن توقع الحياة، كما ويقاس نوعية سنوات الحياة المتبقية للمرضى (Donald, 2001).

8.1.2. قياس نوعية الحياة Measuring Quality of Life

يعتمد قياس نوعية الحياة في الغالب على الطريقة التي يُعرّف بها الباحث مفهوم نوعية الحياة. وعليه فإنه عندما يقوم الباحثون بقياس نوعية الحياة، فإنهم في الغالب لا يقيسون نفس الشيء، ولا يكون هدفهم من القياس واحداً. ولذلك فإن المقاييس التي يتم تطويرها لقياس نوعية الحياة تختلف أيضاً، وذلك تبعاً لاختلاف المجال التخصصي، واختلاف الأهداف التي يود الباحث تحقيقها، والاتجاه الفلسفي الذي يتبعه الباحث (www.Scotland.gov.uk).

كما أن القياس في العلوم الإنسانية عامة، وقياس السعادة، والرضا عن الحياة والرفاه خاصة لا تقاس بشكل موضوعي، ولا توجد مقاييس موضوعية تقيس الشعور الداخلي للفرد، مثلها مثل الكثير من المفاهيم النفسية. وغالباً فإن السعادة يمكن أن تنعكس من خلال سلوك الفرد مثل كون الفرد نشيطاً، أو منبسطاً، أو لطيفاً، أو ضحوكاً، أو متحمساً، وهذه السلوكيات يمكن ملاحظتها، أو يمكن للفرد أن يقيّمها ذاتياً. ويمكن تقييم السعادة والرضا لدى الفرد عن طريق طرح الأسئلة مثل: إلى أي مدى يستمتع الفرد بحياته ككل؟ وهذا السؤال يمكن أن يسأل بعدة طرق منها المباشر ومنها وغير المباشر، وتستخدم الأسئلة في المقابلات الاكلينيكية أو عن طريق الاستبانات والمقابلات (Veenhoven, 2001).

وهناك توجّهان يستخدمان لقياس نوعية الحياة:

- توجه لقياس نوعية الحياة لدى المجتمع ككل،
- توجه يستخدم لقياس نوعية حياة الأفراد.

إن المنهجية السائدة في القياس في كلا التوجهين تعتمد أغلبها على نظريات البحث الكمي. كما وتستخدم أيضاً نظريات البحث الكيفي في دراسة نوعية الحياة وخصوصاً في تطوير مقاييس لقياس نوعية الحياة، ولكن البحث الكيفي يستخدم في مجال أكثر من مجال، فدراسات البحث الكيفي قلما تستخدم في حقل المؤشرات الاجتماعية، ويمكن استخدامها أكثر في دراسات علم النفس، والدراسات التي تتعلق بالإعاقات والفئات الخاصة، والتي تحتاج إلى تكنيكات الملاحظة في عملية القياس (www.Scotland.gov.uk).

وعند تقييم نوعية الحياة، فإنه يجب التفريق بين التقنيات التي تستخدم في قياس نوعية الحياة. فهناك: تقنيات تستخدم لقياس نوعية الحياة لدى المجتمع ككل، وتقنيات تستخدم لقياس نوعية حياة الأفراد.

ويعتمد تقييم نوعية الحياة لدى المجتمعات على المؤشرات الاجتماعية التقليدية، والتي عادة تتضمن الكشف عن المؤشرات التي تتعلق بالحياة ونوعيتها مثل (الصحة، والتعليم، والدخل)، وفي الغالب جميع هذه المؤشرات تعطي تقييماً واحداً لنوعية الحياة.

أما نوعية الحياة لدى الأفراد، فتعتمد على العديد من التقنيات التي تستخدم لقياس نوعية الحياة، منها الدراسات الاثنوغرافية، وملاحظة السلوك، والاستبانة التي تعتمد على التقييم الفردي. إلا أن الاستبانة هي النمط الأكثر شيوعاً في قياس نوعية الحياة لدى الأفراد وخصوصاً في القياس الشخصي والأدائي لنوعية الحياة (www.Scotland.gov.uk).

9.1.2. شروط بناء مقاييس لقياس نوعية الحياة

لكي يتم بناء مقياس قادر على قياس نوعية الحياة بدقة فإن هناك شروطاً يجب مراعاتها في بناء تلك المقاييس. ومن الأمور الواجب مراعاتها الآتي:

1.9.1.2. تعدد المقاييس:

1- إن معظم أشكال التقييم الفعال يتضمن مقاييس مباشرة ومقاييس غير مباشرة، وعليه فإنه في تقييم نوعية الحياة الموضوعية والذاتية، يجب أن يشتمل التقييم على مقاييس مباشرة وغير مباشرة (Schalock, 2000).

2- إن نتائج نوعية الحياة تتضمن عادة عوامل بيئية وأخرى شخصية ، لذلك يجب أن يشتمل المقياس على مقاييس متعددة تقيس البعدين البيئي والشخصي. وتشير الأبحاث الى أن التفاعل بين هذين البعدين يعطي فهماً معمقاً لمفهوم نوعية الحياة (Crane, 2005).

3- إن تصاميم البحث الكمي والكيفي لها مكان هام في تقييم نوعية الحياة. فالبحث الكمي يكشف عن المتغيرات التي تنتجاً بنوعية الحياة، كما يمكن أن تسفر نتائجها عن مؤشرات يمكن أن يهتدى بها في تصميم البرامج وتقييمها. أما البحث الكيفي فيزود معلومات عن الفرد، وتفاصيل ضرورية لتطوير المعلومات النظرية، وبناء الفرضيات، ويسهم في تزويد المعلومات التي من شأنها أن تعطي فهماً معمقاً للمفهوم (Crane, 2005).

2.9.1.2. تعدد الأبعاد:

إن مفهوم نوعية الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، وأي محاولة لقياسه يجب أن تشمل على العديد من الجوانب أو الأبعاد. وهناك توافق عام في الآراء على أن معظم جوانب نوعية الحياة تقع ضمن ستة إلى ثمانية أبعاد (Schalock, 2000).

3.9.1.2. مقاييس ذاتية وموضوعية:

هناك توجه جديد لقياس المؤشرات الذاتية والموضوعية معاً. وهناك العديد من النماذج التي تقيس تلك المؤشرات، ومن هذه النماذج نموذج هاس (1999)، ونموذج شالوك (2000)، ونموذج فيلس وبيري (1995).

4.9.1.2. تداخل المجالات Interdisciplinarity:

إن التقييم الجيد لأبعاد نوعية الحياة يتطلب توجهاً متداخلاً للمجالات. لأن أبعاد نوعية الحياة تعكس تعدد وتنوع المجالات كالمجال الصحي، والنفسي، والاجتماعي. لكن الفرد الذي يقوم بتقييم نوعية الحياة لا يحتاج أن يكون متخصصاً وملماً بجميع التخصصات والمجالات، كي يقوم بدراسة حول مفهوم نوعية الحياة، إلا أن ذلك يتطلب تعاوناً بين العاملين في هذه التخصصات على مستوى تصميم المقاييس وتفسير النتائج (Crane, 2005).

5.9.1.2. تصاميم متعددة التباين:

تاريخياً، كان تقييم نوعية الحياة يتم عن طريق توجه يسمى بين المجموعات أو بين الظروف المعيشية. وقد كان الباحثون يحاولون التمييز بين نوعية حياة البلدان والمجتمعات عن طريق مقارنة المستوى المادي لنوعية الحياة بينها .

وحديثاً حدث تحول إيجابي وذلك باستخدام توجه يسمى داخل المجموعات، وهذا النوع من القياس قاد الباحثين الى التركيز على متنبئات نوعية الحياة بدلاً من مقارنة مستوى نوعية الحياة بين المجتمعات (Schalock, 2000).

ويستخدم تصميم البحث متعدد التباين Multivariate Approach Design في تحديد العلاقة بين نوعية الحياة والمتغيرات التي تنتبأ بها. كما أن المعلومات المستخرجة من هذا النوع من القياس يمكن استخدامها في عمل تغييرات في البرامج المقدمة، وذلك من أجل تحسين نوعية حياة الأفراد (Crane, 2005) و (Schalock, 2000).

10.1.2. المقاييس التي يمكن استخدامها في قياس نوعية الحياة

هناك العديد من المقاييس التي يمكن استخدامها في قياس نوعية الحياة سواء أكان ذلك لتقييم نوعية حياة المجتمع ككل أو لتقييم نوعية حياة الأفراد. وقد أشار هاس (Haas, 1999) إلى ثلاثة توجهات رئيسية في بناء مقاييس نوعية الحياة هي:

1- أدوات ذات مقياس أحادي البعد Uni-Dimensional Single Scale Measures
تستخدم هذه المقاييس سؤالاً واحداً أو فقرة واحدة لقياس المفهوم، وقد شاع استخدام هذا النوع من المقاييس في قياس نوعية الحياة، حيث يُسأل الأفراد عن تقييم رضاهم عن الحياة ككل أو عن رفاههم.

2- أدوات ذات مقياس واحد متعدد الأبعاد Multi Dimensional Single Scale Measures

وهذا النوع من الأدوات يقسم نوعية الحياة لأبعاد متعددة ويستخدم فقرة واحدة لقياس كل بعد.

3- مقاييس منفصلة متعددة الأبعاد Multiple Separate scales

هذا النوع من الأدوات يستخدم عدداً من المقاييس المنفصلة، كل منها يقيس بعداً معيناً لنوعية الحياة، كقياس بعد تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، أو العلاقات الاجتماعية وهكذا. وكل مقياس يتضمن بطارية من الأسئلة، وتحسب الإجابات وتستخرج علامة كلية لكل بعد. ومن أمثلة هذه المقاييس مقياس صحة الطفل CHQ-PF 50.

ومن أشهر المقاييس التي استخدمت في قياس نوعية الحياة:

- مقياس WHOQOL-BREF
- مقياس Cummins's Comprehensive Quality of Life Scales(ComQoL)
- مقياس Child Health Questionnaire(CHQ-PF50) وهو المقياس الذي تم استخدامه في هذه الدراسة، وهو المقياس الأكثر شيوعاً في قياس نوعية الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه سواء المقياس المخصص للوالدين أو المقياس المخصص للتقييم الذاتي للأطفال.

ثانياً: الأدب التربوي المتعلق باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

1.2.2. مقدمة:-

يختلف الناس في سلوكهم من شخص إلى آخر وهذا يعتبر أمراً طبيعياً، كذلك يمكن للفرد أن يفقد في بعض الأحيان القدرة على التروي وتركيز انتباهه والتحكم في اندفاعاته، خاصة إذا وقع تحت ضغط أو إرهاق. وكذلك الحال بالنسبة للأطفال فهم أيضاً يختلفون في سلوكهم من طفل إلى آخر، ومن مرحلة عمرية إلى أخرى. ومن الطبيعي أن الطفل في المراحل العمرية المبكرة ينمو ويتطور، وخلال مراحل نموه، يواجه الطفل العديد من الأزمات وأنماطاً من التربية التي تؤثر في سلوكه. فالذلال الزائد والحماية المفرطة أو قلة الحنان والإهمال تؤثر في سلوك الأطفال وفي طباعهم. وكثيراً ما يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته وسلوكه، فهناك الطفل المخرب، والطفل كثير الحركة، والطفل الفوضوي، والطفل العنيد، والطفل قليل الانتباه، وغيرها من السلوكيات التي تبقى طبيعية ومؤقتة، ولكن هناك سلوكاً مرضياً ودائماً يظهر لدى الطفل، ولا يزول بنمو الطفل وتطوره ونضجه، ومن تلك الحالات المرضية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حيث يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته أو تشتت انتباهه أو اندفاعيته، مما يسبب له فشلاً في حياته (الصبي، 2004).

وغالبا لا يخطر ببال الآباء وجود اضطراب لدى أبنائهم، وكثيراً ما يصفون طفلهم الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالطفل السيئ، أو الطفل صعب المراس، أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه. كما ويصف بعض الآباء سلوك أبنائهم بأنه سلوك فوضوي ومندفع، وعدواني، ويصفونهم بالشقاوة وعدم المبالاة. وقد يلجأ بعض الآباء إلى معاقبة الطفل وحرمانه معتقدين أنهم بذلك يردونه عن تصرفاته، غير مدركين أن العقاب يفاقم المشكلة ويزيدها سوءاً. فالطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لا يمكنه التحكم بسلوكه وضبطه، ولا يمكنه الهدوء، بل تزاوده الرغبة المستمرة في ممارسة النشاط والركض من مكان إلى آخر داخل البيت وخارجه دون هدف محدد، مما يسبب قلقاً وتوتراً للأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل (أبو سلطان، 2005).

2.2.2. البداية التاريخية

إن موضوع فرط الحركة وتشتت الانتباه من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس. ويعود تاريخ هذا الاضطراب إلى الطبيب الألماني هوفمان (Hoffman, 1865) الذي كان أول من أشار إلى موضوع فرط الحركة في قصيدة شعرية وصف فيها سلوكيات بعض الأطفال الذين عاينهم في عيادته. إلا أن التسجيل العلمي حظي به الطبيب "ستل" Still والطبيب "ترد جولد" Tredgold في بدايات القرن العشرين عندما تنامي الاهتمام الطبي بالسلوكيات المتصلة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقد وصف ستل (1902) Still مجموعة من الأطفال ممن عانوا من مشاكل سلوكيه هامة مثل: السلوك المنحرف، والانفعالات الزائدة، وعدم الانضباط، وسرعة الغضب، وعدم القدرة على كف النشاط، واعتقد آنذاك أن هذه الأعراض نجمت عن اختلال وظيفي جيني Genetic Dysfunction. ومنذ ذلك الحين تهافت الباحثون على تطبيق العديد من الدراسات لمعرفة أسباب الاضطراب وتشخيصها وعلاجها.

وفي عام (1908) صرح الطبيب ترّد جولد (Tredgold) بأن حالات الإصابة الدماغية البسيطة التي تحدث خلال الولادة هي أعراض أولية تتلاشى بسرعة، إلا أنها تعاود الظهور في بداية الحياة المدرسية والتعليم المدرسي. وكانت من أبرز السمات السلوكية التي وصفها هذا العالم الاندفاعية، وفرط الحركة، وعدم الاستقرار الوجداني، والعوانية تجاه الآخرين، بالإضافة إلى مجموعة من المشكلات المدرسية (Barkley, 2006a).

وفي عام 1922 وصف الأطباء النفسيون اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على أنه تشتت انتباه يرافقه حركة زائدة واندفاعية، سببها خلل في التربية الأسرية، وأن علاجها يكون فقط في العقاب البدني (اليمني، 2007).

وخلال الأربعينيات من القرن العشرين عاد شتراوس (Strauss) للاهتمام بنظرية ترّد جولد (Tredgold)، حيث أكد أن الأفراد الذين أظهروا مشكلات سلوكية وتعليمية لا بد أن لحقت بهم إصابات دماغية، وقد وصف هؤلاء الأطفال بأنهم يعانون من تلف دماغي.

واستمرت الأبحاث والدراسات إلى أن تم إثبات أن عدداً من الأفراد يعانون من المشكلات السلوكية سابقة الذكر، إلا أنهم غير مصابين بإصابات دماغية. وفي عام (1968) ظهر ولأول مرة في الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني للاضطرابات العقلية DSM-II مصطلح اضطراب hyperkinetic والمقصود به فرط الحركة (Barkley, 2006a)..

وفي الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية عام (1980) أشير إلى الاضطراب على أنه اضطراب له جملة أعراض سلوكية تميزه، وقد تم تقسيم الاضطراب إلى نوعين: الأول هو اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة، والثاني اضطراب تشتت الانتباه غير المصحوب بفرط الحركة. وبقي الحال على ما هو عليه حتى قام العالم بورينو وزملاؤه (1987) بدراسة أعراض الاضطراب، وقد أوضحت نتائج التحليل العاملي لهذه الدراسة أن تشتت الانتباه وفرط الحركة هما عرضان لاضطراب واحد، وليساً نمطين مستقلين. وعندما قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإجراء المراجعة للطبعة الثالثة قامت بدمج فرط الحركة مع تشتت الانتباه، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق عليه اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD (أحمد وبدر، 1999).

وفي سنة 1994 أكد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية، على ما ورد في المراجعة الثالثة، حيث بين الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط، ولكن مستوى هذا النشاط يختلف من طفل إلى آخر، فقد تكون أعراض تشتت الانتباه أشد من أعراض فرط الحركة لدى بعضهم، وعلى النقيض تكون أعراض فرط الحركة أشد من أعراض تشتت الانتباه لدى البعض الآخر، ويمكن أن تتساوى شدة الأعراض لكل من تشتت الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال آخرين (أحمد وبدر، 1999).

ويعتبر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الأطفال، وحسب تقسيمات الـ DSM-IV ، يقع هذا الاضطراب ضمن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة المبكرة وتمتد إلى المراهقة أو ما بعدها (حسون، 2007). وقد تم تحديد نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الدليل التشخيصي للأطباء النفسيين الأمريكيين (DSM-IV) بين 3-5%، ولكن هناك دول تصل بها النسب إلى أعلى من ذلك بكثير (جابر، 2007).

3.2.2. تعريف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:-

يعرف (الصبي، 2004) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال والمراهقين، تعزى لجملة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر حتى مرحلة المراهقة والبلوغ، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة.

ويعرف (الحامد، 2006) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه اضطراب سلوكي يصيب الأطفال في سن مبكرة مما يسبب اضطراباً للطفل في النواحي السلوكية والنفسية والاجتماعية والتي ينتج عنها تأخر في المستوى الدراسي، وقد يؤدي إلى جنوح الطفل وإدمانه على المسكرات والمخدرات في المستقبل.

أما الزين (2004) فيعرف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه زيادة ملحوظة جداً في مستوى النشاط الحركي، تعيق الطفل من الجلوس بهدوء سواء في المدرسة أو في البيت.

ويعرف المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية (National Institute of Mental Health, 2004) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه حالة ظاهرة لدى بعض الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وفي السنوات المدرسية الأولى يكون من الصعب فيها السيطرة على سلوك الطفل أو جذب انتباهه

ويعرف مركز الوقاية وضبط الأمراض (Centers for Disease Control and Prevention, 2001) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه واحد من أكثر الاضطرابات العصبية السلوكية شيوعاً في مرحلة الطفولة، ويمكن أن يستمر خلال مرحلة المراهقة ومرحلة الشباب.

أما الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية فيعرف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه نمط دائم لتشتت الانتباه و/ أو فرط في الحركة- الاندفاعية، يوجد لدى بعض

الأطفال، ويكون أكثر تكراراً، وتواتراً، وحدة، عما يلاحظ لدى الأفراد العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو (الزيات، 2006).

ومن خلال التعريفات السابقة ومراجعة الأدب التربوي فإن الباحثة تعرف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنه اضطراب عصبي، سلوكي يؤثر على السلوك والأفكار والعواطف. هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة، ويظهر هذا الاضطراب لدى الأطفال في مرحلة الطفولة وقد يمتد إلى مرحلة المراهقة والرشد.

4.2.2. انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

يعتبر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال، وحسب تقسيمات ال (DSM_IV)، يقع هذا الاضطراب ضمن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة المبكرة وتمتد إلى مرحلة المراهقة أو ما بعدها (حسون، 2007).

ويشير (الخضير، 2008) إلى أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يشكل ما بين 30% إلى 50% بين الاضطرابات النفسية والعقلية عند الأطفال، ويستمر الاضطراب حتى سن المراهقة لدى 40 - 70% من الأطفال إذا بدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة، ويصل إلى 50% مع الأشخاص بعد سن النضج، ويصل حدوثه بين الكبار إلى 3-6% .

وتختلف نسب انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حسب شروط التشخيص، ففي دول أوروبا كبريطانيا مثلاً يشترط وجود الأعراض الثلاثة مجتمعة (تشتت الانتباه، فرط الحركة، الاندفاعية) للحصول على التشخيص، لذلك فإن نسبة الانتشار تبلغ 5% فقط، أما في أمريكا فلا يشترط وجود الأعراض الثلاثة الرئيسة، لذلك فإن نسبة الانتشار تصل إلى 10-20% تقريباً (الصبي، 2004).

ويشير (الزيات، 2006) نقلاً عن

Faraone,et al.,1996; Biederman,Milberger&Faraone, 1995; Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996; Fletcher,et al, 1996

إلى أن هذه الاضطرابات تستمر لدى 30-50% من هؤلاء الأطفال حتى نهاية مرحلة المراهقة المتأخرة. ويكتسب 70% من أفراد هذه الفئة أنماطاً متباينة من السلوك المشكل المزمن. ويصبح 25% من البالغين من أفراد هذه الفئة متأخرين دراسياً، ومضطربين اجتماعياً وانفعالياً.

وقد تم تحديد نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الدليل التشخيصي للأطباء النفسيين الأمريكيين (DSM-IV,1994) بين 3-5%، وفي الدليل التشخيصي الرابع

المعدل (DSM-IV-TR, 2000) تحددت النسبة بين 3-7% وأن نسبة حدوثه لدى الذكور ثلاثة أضعاف حدوثه لدى الإناث.

ولكن هناك دول تصل بها النسب إلى أعلى من ذلك بكثير. فقد كان معدل انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على مستوى العالم بين 1% في المملكة المتحدة، و14% في كندا، و16% في السعودية، بينما تراوحت النسب عند عرب الداخل في إسرائيل ما بين 16%-23% (جابر، 2007).

وفي الولايات المتحدة الأمريكية فيقدر المعهد الوطني للصحة النفسية أن ما نسبته 3-5% من الأطفال يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وذلك ما يعادل مليوني طفل تقريباً، وهذا يعني أن كل صف تعليمي مكون من 25-30 طفل يعاني فيه طفل واحد على الأقل من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (National Institute of Mental Health, 2004).

أما في هولندا فتقدر جمعية الصحة الاستشارية (Gezondheidsraad, 2000) نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بـ 2% حتى عمر 14 عاماً، وهذا ما يقارب 40.000 طفل. ويتم تشخيص 4000 حالة جديدة سنوياً. كما أن نسبة انتشار الاضطراب تزيد لدى الذكور عنه لدى الإناث بنسبة 4-1 (Konijn, 2003).

وفي السويد فقد أشارت دراسة (Edbom et al., 2006) إلى أن نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تصل إلى 3.7%.

أما في الوطن العربي ونظراً لقلّة الاهتمام بهذا الاضطراب، فلا يوجد إحصائيات رسمية، وتعتمد الإحصائيات على العدد القليل من الأبحاث التي يقوم بها عدد من الباحثين. ففي السعودية أجرى الحامد دراسة على عينة بلغت 1287 طالباً، وقد أوضحت الدراسة أن نسبة انتشار الاضطراب المشترك 16.7%، وتشتت الانتباه منفرداً 16.5%، وفرط الحركة والانفصالية 12.6% (الحامد، 2006).

وفي دراسة أخرى أشارت (اليمني، 2007) إلى أن نسبة الإصابة بالمرض في المملكة العربية السعودية تصل إلى ثلاثة أضعاف المعدل العالمي، وأن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

ينتشر بين الأطفال بالمنطقة الشرقية بنسبة 16.5% وفي منطقة الرياض بنسبة 12.5% (اليمني، 2007).

أما في فلسطين فلا توجد إحصائيات رسمية حول انتشار هذا الاضطراب نتيجة لعدم وجود تشخيص لهؤلاء الأطفال، إلا أن هناك دراسة طبقت حديثاً في فلسطين وهي دراسة (Thabet et al., 2006) وصلت فيها نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى 5-8%.

وفيما يتعلق بنسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وفقاً لمتغير الجنس فإن نسبة انتشار الاضطراب تزيد لدى الذكور عنه لدى الإناث حوالي 3-1، ولدى البالغين تنخفض إلى 2-1 أو أقل من ذلك (Barkley, 2006b).

وأشارت (الخشرمي، 2005) أن الذكور ينزعون عادة إلى النشاط الحركي أكثر من الإناث، ويميل العديد من الإناث اللواتي يواجهن مشكلة فرط الحركة وتشتت الانتباه أكثر لأحلام اليقظة ويشعرن بعدم الرضا، وكثيراً ما يواجهن مشاكل في التحصيل الأكاديمي.

ويشير باركلي (Barkley, 2006) إلى أن الاضطراب شائع في كل البلدان التي تم تطبيق دراسات ميدانية فيها بما في ذلك أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية، وبريطانيا، والدول الاسكندنافية، وأوروبا، واليابان، والصين، وتركيا، والشرق الأوسط. ويشير أيضاً إلى أن الاضطراب لا يحمل في كل البلاد المذكورة نفس المسمى أو نفس طريقة العلاج. ومن خلال مراجعة الأدب التربوي المتعلق باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تبين للباحثة أن المسمى المتداول لهذا الاضطراب في العالم العربي يختلف من دراسة إلى أخرى، ومن باحث إلى آخر، فعلى سبيل المثال يشير (أحمد وبدر، 1999) إلى الاضطراب تحت اسم اضطراب الانتباه، وتشير دراسة (محمد، 2005) إليه تحت اسم النشاط الزائد، ودراسة (إبراهيم، 2003) تحت اسم قصور الانتباه، و(المطيري، 2005) تحت اسم اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط، ودراسة (فوزي، 2008) تحت اسم فرط الحركة وتشتت الانتباه، الذي تبنته الباحثة في دراستها. أما المسمى العلمي الذي تبناه الدليل التشخيصي الرابع لهذا الاضطراب فهو Attention Deficit Hyperactivity Disorder أو باختصار ADHD .

كما أشار باركلي (Barkley, 2006) إلى أن هذا الاضطراب يتواجد أكثر في العائلات التي يكون فيها الاضطراب منتشرًا، أو في العائلات التي يشيع فيها أعراض الاكتئاب، والصعوبات التعليمية، وتناذر توريت، والاضطرابات السلوكية، ولدى الأطفال الذين يوجد لدى آبائهم تاريخ في التدخين وتعاطي الكحول، أو الأطفال الذين تعرضوا لولادة مبكرة، ووزن أقل من الوزن الطبيعي عند الولادة، أو الذين تعرضوا لصدمات في المنطقة الأمامية للدماغ.

مما سبق يلاحظ أن نسبة انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في العالم العربي تفوق نسب انتشاره في العالم الغربي بثلاثة أضعاف. وهذا الاضطراب يمثل مشكلة حقيقية للأطفال والمتعاملين معهم سواء في البيت أو المدرسة أو المجتمع في جميع الدول الغربية والعربية.

5.2.2. السمات العامة للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه العديد من السمات التي تميز الأطفال الذين يعانون منه. وعلى الملاحظين لهذه الحالات سواء أكانوا الآباء أو المعلمين أو المختصين المعالجين، القيام بالفحص الدقيق للتعرف على هذا الاضطراب من خلال البحث عن تواجد هذه السمات لدى الطفل قبل أن يتم الحكم على الطفل بأنه يعاني أو لا يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

ويشير (أبو سلطان، 2005) إلى أهم السمات التي يتميز بها الأطفال المصابون باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هي:

1.5.2.2. السمات الحركية والعضوية:

أ- سمات اضطراب تشتت الانتباه: يتسم الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه بالسمات التالية:

- القلق والاضطراب وشد الأعصاب في الغالب.
- الانطوائية والخجل.
- سلبية الطبع والابتعاد عن مواجهة الآخرين (سلبية الطفل).
- قصر فترة الانتباه.
- صعوبة متابعة التوجيهات والإرشادات الموجهة له.

- الظهور بمظهر من يحلم أحلام اليقظة.
- ضعف الذاكرة.
- صعوبة التركيز لفترة طويلة.

ب- سمات فرط الحركة والاندفاعية: يتسم الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة والاندفاعية بالسمات التالية:

- كثرة الكلام والثرثرة.
- كثرة الحركة والتلملل أثناء الجلوس على الكرسي.
- ظهور علامات التضجر.
- اللعب بالأدوات المدرسية كالقلم (أن يكثر من بري الأقلام).
- مضايقة التلاميذ الآخرين في الصف.
- صعوبة التعبير عن الرأي الشخصي بوضوح.
- فوضوية الطبع.
- التصرف بسذاجة.
- الاندفاع والتهور وسهولة الإثارة.
- الافتقار إلى القدرة على ضبط السلوك.
- القفز أو التأرجح عند الانتقال من مكان إلى آخر.
- الانتقال من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من النشاط الأول.

2.5.2.2. السمات العاطفية:

- التهور، وسرعة الغضب والهيجان.
- الاستجابة بسرعة ودون تفكير.
- اللامبالاة بعواقب الأمور ونتائج التصرفات.
- الميل إلى لوم الآخرين على تصرفاتهم الخاطئة.
- الإلحاح وعدم الصبر وعدم الانتظار في الدور.
- تذبذب المزاج وسرعة التقلب.
- انخفاض مستوى النضوج العاطفي وعدم تناسبه مع عمر الطفل.
- صعوبة التكيف مع الظروف الجديدة.
- صعوبة إظهار المشاعر وما في داخل الطفل.

3.5.2.2. سمات العلاقة مع الآخرين:

- الافتقار إلى المهارات الاجتماعية ، كإلقاء السلام وتبادل التحية.
- فشل الطفل في تكوين الصداقات لعلاقاته غير السوية مع أقرانه وتكون صداقاته مع من يكبره سناً.
- إقحام الطفل نفسه فيما لا يعنيه.
- عدم التعاطف مع الآخرين.

4.5.2.2. سمات الأداء الأكاديمي:

- وجود صعوبات تعليمية لديه في النطق والكتابة والقراءة والحفظ.
- الافتقار إلى مهارة حل المشكلات واعتماده على الآخرين باستمرار (اتكالي).
- عدم ترتيب الأفكار.
- فقد الأدوات المدرسية.
- عدم وجود اهتمام بالوقت، فإما أن يقوم بالعمل ببطء شديد وإما أن ينهي العمل بسرعة دون تحري الدقة.
- انخفاض الاستجابة وانخفاض التفاعل مع الحوافز أو العقاب.
- يكون أدائه الأكاديمي أقل ممن هم في عمره بسنة أو سنتين.
- صعوبة إيصال المعلومات التي يعرفها لغيره.

6.2.2. أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه

تأخذ أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه أشكالاً مختلفة وذلك مع تطور الطفل ونموه، وهنا توضيح للأعراض التي تظهر في كل مرحلة عمرية:

1.6.2.2. الأعراض في مرحلة الطفولة:

يظهر الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الأعراض التالية:

- النشاط المستمر دون كلل، والاندفاع في حركة سريعة ذهاباً وإياباً.
- القفز فوق الأثاث أو تسلقه، والجري في جنبات المنزل.
- يواجه صعوبة في أداء الأنشطة الجماعية التي تتطلب الانتظار أو الإصغاء والاستقرار في المقعد (الزيات، 2006).

2.6.2.2. الأعراض في مرحلة المراهقة والرشد:

- غالباً تكون أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه عند المراهقين والراشدين مشابهة للأعراض التي تحدث في مرحلة الطفولة، إلا أنها تظهر بمظهر مختلف عما تظهر عليه في مرحلة الطفولة، وهنا توضيح لبعض مظاهر الاضطراب في مرحلة المراهقة والرشد:
- عدم القدرة على تنظيم أمور حياته بصورة جيدة .
 - قد يلجأ المراهق أو الراشد الذي يعاني من الاضطراب إلى التدخين بشراهة .
 - قد يلجأ المراهق أو الراشد الذي يعاني من الاضطراب إلى الوحدة وذلك بسبب طبيعة شخصيته، وعدم قدرته على تحمل الآخرين، وقلة صبره وسلوكياته الخاطئة، فإنه يجد صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية وصدقات حميمة أو علاقات عاطفية مع الجنس الآخر .
 - الإدمان على الكحول، إن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، يلجأون إلى الكحول للتخفيف من مشاكلهم، إلا أن الإدمان على الكحول يقود إلى مشاكل أكثر، ويقود إلى تعقيد المشاكل الموجودة أساساً بسبب هذا الاضطراب.
 - البطالة وعدم القدرة على الانتظام والثبات في عمل ما، فهناك الكثير ممن يعانون من فرط الحركة لا يجدون عملاً، وإن وجدوا، فإنهم سرعان ما يفصلون من العمل أو أن يتركوا هم العمل بحجج واهية كادعائهم أنهم لا يعاملون معاملة جيدة من قبل صاحب العمل، أو أن هناك صعوبات في العمل لا يستطيعون تحملها (National Institute of Mental Health, 2004).
 - ظهور الأفعال القهرية، فبعض المعانين من هذا الاضطراب يعانون من الأفعال القهرية، وهذا يزيد من الضغوط النفسية لديهم، وهذا بلا شك له أثر سلبي على الشخص، إذ تلعب الأفعال القهرية دورها المؤثر في علاقة الشخص بالآخرين (الخضير، 2008).

- سرعة الغضب، وسرعة فقدان السيطرة على الأعصاب في التعامل مع الآخرين، بحيث انه من الممكن أن يعتدي الشخص بدنياً على الآخرين ويؤذيهم .
- سرعة تغير المزاج، وتقلبات المزاج بشكل مزعج للآخرين. فهو تارة منشرح الصدر، ومرح، ومسرور، وفجأة تجده تحول إلى شخص غاضب، وعنيف، لا يحتمل مكالمة أحد، ويصبح شخصاً منقبض الصدر، وكئيباً، وحزيناً، لا يستمع لأي كلمة تقال أو أي حديث يتحدث به شخص إليه، ويصبح صعب العشرة والمراس.
- ظهور السلوك الاندفاعي، حيث يكون اندفاعياً في التعامل مع الآخرين، يثور فجأة ويصبح عنيفاً وقد يحطم كل ما يوجد أمامه، دون أن يستطيع أحد إيقافه. هذه الاندفاعية قد تشكل خطراً على الشخص، حيث يمكن له أن يرتكب جرائم، أو أن يقوم باعتداءات على الآخرين نتيجة هذه الاندفاعية التي لا يستطيع السيطرة عليها.
- عدم الرضا والسخط عن كل ما حوله (الخضير، 2008)

7.2.2. اضطرابات تصاحب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

هناك اضطرابات أخرى قد تصاحب وجود اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويعتبر تشخيص فرط الحركة وتشتت الانتباه معقداً نظراً لأنه قد يتزامن مع اضطرابات أخرى مثل:

1.7.2.2. صعوبات التعلم Learning Disabilities :

إن حوالي 20% إلى 30% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون من صعوبات تعلمية. ففي مرحلة ما قبل المدرسة تكون مظاهر الصعوبات التعلمية ظاهرة في صعوبات فهم بعض الأصوات أو الكلمات أو صعوبات في التعبير عن النفس (National Institute of Mental Health, 2004).

أما في عمر المدرسة فتكون مظاهر الصعوبات التعلمية ظاهرة أكثر في الأداء الأكاديمي، وقد يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه صعوبات في القراءة والكتابة والحساب، ومن أشهر هذه الصعوبات المنتشرة صعوبة القراءة (Dyslexia) والتي تؤثر

في حوالي 8% من أطفال المرحلة الابتدائية (National Institute of Mental Health, 2004).

ويعتبر بعض التربويين أن "اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه" و "الإعاقات التعليمية" متلازمين شائعين، وأن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو سبب محتمل لصعوبات التعلم (اغبارية، 2006).

2.7.2.2. اضطرابات اللغة والكلام : Speech and language difficulties

يعاني بعض الأطفال من ذوي اضطراب فرط الحركة تشتت الانتباه من مشاكل كلامية ولغوية متعلقة بالطلاقة وتنظيم الكلام، حيث يميل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب إلى استخدام اللغة بطريقة اندفاعية وعدم التركيز على تسلسل الأفكار المنطوقة وبالتالي ظهور عيوب نطقية ومشاكل لغوية (الزيات، 2006).

3.7.2.2. ضعف التنسيق الحركي : Poor motor Coordination

يعاني حوالي 52% من الأطفال من ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من صعوبات في التنسيق الحركي خاصة فيما يتعلق بالمهام مثل الرسم والكتابة. ويظهر العديد من هؤلاء الأطفال تدفقا حركيا يشير إلى كبح حركي ضعيف وعدم القدرة على التنسيق بين الحركات كالمشي أو الوقوف، وتكون كتابتهم اليدوية غالباً سيئة (اغبارية، 2006).

4.7.2.2. اضطرابات السلوك (CD) : Conduct Disorder

تشير الإحصائيات إلى أن ما نسبته 20-40% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يظهر لديهم اضطراب في السلوك وشكل من أشكال السلوك اللاإجتماعي. ومن خصائص هؤلاء الأطفال الكذب والسرقعة والاعتداء على الآخرين، وهم أكثر عرضة لأن يقعوا في مشاكل مع المدرسة أو مع الشرطة، وعادة ما ينتهكون حقوق الآخرين، ويتميزون بعدائيتهم نحو الناس والحيوانات، ويميلون إلى تدمير ممتلكات الغير، وإلى حمل السلاح

واستخدامه، كما ويتورطون في أعمال تخريبية ، ويكونون عرضة لتعاطي المخدرات والإدمان
(National Institute of Mental Health, 2004).

5.7.2.2 : اضطراب التمرد والعصيان (ODD) Oppositional Defiant Disorder

نصف عدد الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تقريباً ، وأغلبهم من الذكور ، لديهم اضطراب التمرد والعصيان. ومن خصائص هؤلاء الأطفال التمرد والعصيان، والعناد، ونوبات الغضب الحادة، والولع بالعراك. وهم في جدل دائم مع الراشدين، ويرفضون الطاعة والانصياع (National Institute of Mental Health, 2004).

6.7.2.2 : تناذر توريت Tourette Syndrome

تظهر أعراض "تناذر توريت" لدى عدد بسيط فقط من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وتناذر توريت هو اضطراب عصبي يظهر على شكل لزمات عصبية وحركات متكررة مثل رمش العينين، وحركات في الوجه، وابتلاع الريق المتكرر، والشخير، وكثير من الحالات التي تعاني من تناذر توريت تكون مرتبطة بوجود اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (National Institute of Mental Health, 2004).

7.7.2.2 : الاكتئاب والقلق Anxiety and Depression

يحدث لدى بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حالة قلق أو اكتئاب، فإذا اكتشف القلق والاكتئاب لديهم وعولج بطريقة ما، فإن الطفل سوف يكون أكثر قدرة على حل المشاكل التي ترافق اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (National Institute of Mental Health, 2004).

8.2.2. أسباب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

هناك سؤال يطرح نفسه دائماً عندما يواجه الآباء، والمعلمون، والأخصائيون المشخصون والمعالجون طفلاً يعاني من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وهذا السؤال هو ماذا حصل لهذا الطفل؟ وما هو الشيء الذي سبب وجود هذه الأعراض؟

وقد نزع الكثيرون من الآباء والمربين وعلماء النفس سابقاً إلى عزو أسباب هذه الأعراض إلى خلل في أساليب التنشئة الأسرية. إلا أن الدراسات الحديثة دحضت هذا الادعاء وأكدت على وجود عوامل عصبية بيولوجية وجينية وراثية تقف خلف هذه الأعراض (Barkley, 1998)، وأن العوامل البيئية لها دور في التأثير على شدة الأعراض ودرجة الإعاقة التي يمكن أن يختبرها الطفل. ويقوم الباحثون بدراسة الأسباب التي تقف خلف هذا الاضطراب وذلك ليتمكنوا من إيجاد أفضل سبل الوقاية والعلاج له، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فاكشاف الأسباب التي تقف خلف هذا الاضطراب يؤكد على أن الاضطراب لا يحدث نتيجة خلل في أساليب التنشئة الأسرية، وهذا من شأنه أن يخفف العبء ومشاعر الذنب التي تراود الوالدين الذين يعززون سلوك طفلهم إلى أساليب التنشئة الخاطئة (National Institute of Mental Health, 2004).

وفي العشرين سنة الأخيرة تمكن الباحثون من وضع النظريات المحتملة التي تفسر سبب حدوث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. بعض هذه النظريات أثبت عدم صحتها والبعض الآخر ما يزال تحت البحث والتجريب إلا أنه حتى يومنا هذا لم يتم التحديد قطعياً أي من هذه الأسباب هي التي تقف وراء هذا الاضطراب.

ومن أهم أسباب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه التي نوقشت :

1.8.2.2. الأسباب المتعلقة بالدماغ:

كان الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حتى عام 1945 يعتبر طفلاً مضطرباً انفعالياً. وبعد ذلك ونتيجة تطور الدراسات العصبية والطب النفسي وطب الأطفال، فقد تبين أن هذه الحالات ترجع إلى اضطراب في نمو الجهاز العصبي. وقد توصلت نتائج الأبحاث إلى أن أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه تشبه إلى حد ما الصعوبات والمشاكل التي يعاني

منها الأطفال ذوو الإصابات الدماغية البسيطة Minimal Brain Dysfunction أو وجود خلل في النواقل العصبية Neurotransmitter System (اغباريه، 2006).

2.8.2.2. الأسباب المتعلقة بالعوامل العصبية:

تشير بعض الدراسات التي أجرت مقارنة بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والأطفال العاديين عن بروز دلائل تشير الى وجود اضطرابات عصبية تظهر في تسجيلات جهاز رسم المخ EEG لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، تفسر بأنها اختلالات في وظائف الدماغ، كسبب أساسي لجملة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ولكن تفسير هذه الاختلالات يأخذ موقفين متناقضين هما:

الأول : أن هذه الاضطرابات تنشأ نتيجة زيادة الاستثارة Cortical over arousal.

الثاني: أنها تنشأ نتيجة نقص الاستثارة في لحاء المخ Cortical under arousal.

وبعض التفسيرات تذهب إلى أن هذه الاضطرابات هي نتاج الحساسية الزائدة لمناطق الاستثارة في الجهاز العصبي المركزي للمنبهات الخارجية والداخلية، في المنطقة الخلفية من "الدماغ الأمامي" (Forebrain) والمعروفة بمنطقة "الدماغ المتوسط" (Diencephalons) التي تنقل قدراً كبيراً وغير عادي من الاستثارة إلى لحاء المخ.

وهناك دراسات أخرى توصلت إلى نتائج مماثلة مؤداها أن هذا الاضطراب هو نتاج الاستثارة الزائدة للحاء المخ، وأن الاختلال الوظيفي يتمركز في "منظومة التكوين الشبكي" (Reticular Formation System) بالدماغ، حيث تخفق في كبح الدفعات العصبية الزائدة.

وتدعم بعض الدراسات وجود علاقة دالة بين فرط النشاط وبين "بطء نشاط الموجات المخية" Slow Brain Wave Activity (أو النشاط اللحائي البطيء Slow Cortical Activity).

بينما تشير دراسات أخرى إلى أن لدى هؤلاء الأطفال مستوى منخفض من الاستثارة في وظيفة المنظومة الشبكية، وأن فرط الحركة والاندفاعية، هما محاولة لتيسير المدخلات الحسية وزيادتها بحيث تصل إلى المستوى الأمثل للاستثارة (الزيات، 2006).

3.8.2.2. الأسباب المتعلقة بالعوامل الوراثية:

هناك مؤشرات قوية لوجود عوامل بيولوجية جينية تؤثر في ظهور اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ومن هذه المؤشرات انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في العائلات. أي أن الأب الذي يعاني من فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى ابنه احتمالية 50% أن يكون مصاباً باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وهذا يعني انتقال الخصائص الوراثية من خلال الأسرة، كما تظهر معدلات عالية لانتشار جملة أعراض هذا الاضطراب بين الأقارب من الدرجتين الأولى والثانية، وبين الأقارب البيولوجيين (Barkley, 2006b). وتظهر دراسات التوائم أن هناك اتفاقاً في حدوث هذه الجملة من الأعراض بين التوائم المتطابقة الذين يشتركون في بويضة واحدة (Monozygotic twins) بنسبة 80% (الزيات، 2006). وتظهر بعض الدراسات بأن نسبة شيوع الاضطراب عند الإناث من الأقارب 17% وعند الذكور من الأقارب 30% (اغبارية، 2006).

4.8.2.2. الأسباب المتعلقة بالعوامل العضوية:

هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى إصابة الدماغ وبالتالي إلى ظهور أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه منها:

- إصابات الدماغ، كان يعتقد سابقاً أن الإصابات الدماغية هي إحدى الأسباب التي تقف خلف ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وذلك لأن بعض الأطفال الذين تعرضوا إلى إصابات دماغية أظهروا بعض الأعراض المشابهة لأعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه، إلا أن عدداً قليلاً من الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد تعرضوا إلى حوادث وإصابات دماغية (National Institute of Mental Health, 2004).

- تأخر نضج الجهاز العصبي: يتعرض بعض الأطفال لتأخر في نضج الجهاز العصبي، ولكن يتحسن الطفل وتخف الأعراض لديه عندما ينضج جهازه العصبي مع التقدم في العمر (الصبي، 2004).

- إصابة الجهاز العصبي خلال الحمل: إن تعرض الأم لمرض معين مثل الحصبة أو تناولها أدوية معينة أثناء الحمل قد يكون سبباً في إصابة الجهاز العصبي لدى الجنين (الصبي، 2004).
- إصابة الجهاز العصبي أثناء الولادة: إن تعرض الأم للولادة المتعسرة وتعرض الجنين إلى نقص الأكسجين أثناء الولادة قد يكون أيضاً سبباً في تعرض الطفل لإصابة في الجهاز العصبي (الصبي، 2004).
- إصابة الجهاز العصبي بعد الولادة: قد يتعرض الطفل خلال فترة نموه إلى التهابات المخ مثل التهاب السحايا، أو يتعرض لإصابات مباشرة في الرأس مما يتأثر الجهاز العصبي لديه (الصبي، 2004).
- عوامل ما قبل الولادة والتعرض للسموم: يعتقد الباحثون أن مشاكل ما قبل الولادة لها أهمية تفوق المشاكل التي تحدث أثناء الولادة وبعدها ، ومن المشاكل التي تحدث ما قبل الولادة تعرض الأم الحامل لبعض السموم كالتدخين المفرط، وتعاطي الكحول، والتعرض لمادة الرصاص الناتجة عن التلوث البيئي، أو تناول بعض الأطعمة الملوثة يمكن أن تؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه(سرية، 2004).

5.8.2.2. الأسباب المتعلقة بالعوامل البيئية :

هناك العديد من العوامل البيئية التي تؤدي إلى ظهور أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه منها:

- العوامل المتعلقة بالغذاء Allergy and Dietary Sensitivities

يشير (اغبارية، 2006)، إلى أن الحساسية أو شدة حساسية الجسم المفرطة لبعض المواد الغذائية، وكذلك لبعض المواد أو المستنشقات الكيميائية من العوامل المساهمة في إحداث سلوكيات غير مرغوب فيها وذات تأثير في قدرة الطفل على التركيز. وتشير دراسات بعض الأطباء السريريين إلى أن الأطعمة والكيميائيات قد تكون عوامل مساهمة في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد اعتقد أيضاً أن السكر والمواد الحافظة قد تكون إحدى المسببات لظهور أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه، ولذلك فقد قام المعهد الوطني للصحة النفسية عام (1982) بإجراء دراسة حول هذا الموضوع تبين فيها أن الحمية عن السكريات أفادت في 5% فقط من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وكان أغلبهم من الأطفال صغار السن والذين كانوا يعانون من حساسية للأطعمة.

وفي دراسة أخرى أكثر حداثة أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية، حول أثر السكر على الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فقد أعطي السكر يوماً بعد يوم للأطفال، وفي اليوم الذي لم يعط فيه السكر للأطفال، وكان يستبدل ببديل (بلاسيبو) دون أن يعرف الأهل أو الطاقم أو حتى الأطفال أنفسهم باستبدال السكر ببديل (بلاسيبو). وقد أظهرت النتائج أنه لا يوجد تأثير ذو دلالة للسكر على سلوك الطلبة (National Institute of Mental Health, 2004).

كما وتشير الدراسات إلى أن هناك علاقة محتملة بين التدخين وتناول الكحوليات أثناء الحمل وبين ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بعد ولادة الطفل. ولذلك فإنه من المستحسن عدم استخدام الكحوليات والتدخين أثناء فترة الحمل (National Institute of Mental Health, 2004).

أيضاً ارتفاع نسبة الرصاص في الجسم من العوامل البيئية التي من المحتمل أن تكون لها علاقة قوية مع ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة. لذلك فمن المحتمل أن الأطفال الذين يعيشون في بنايات استخدم فيها الطلاءات المحتوية على الرصاص أو مواد البناء مثل ألواح الزينكو، وأنابيب المياه المحتوية على الرصاص، يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ولا يزال هذا العامل موضع بحث وخلاف بين المختصين في هذا المجال (National Institute of Mental Health, 2004).

وهناك سبب بيئي آخر يمكن أن تكون له علاقة بظهور أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه، وهو تعرض الأطفال لإضاءة الفلورسنت بصفة مستمرة ولفترات طويلة. وفسر الباحثون هذه الظاهرة بأن الأشعاع المنبعث من لمبات الفلورسنت يؤثر سلباً على الجهاز العصبي لبعض الأطفال عند تكرار تعرضهم لهذه النوعية من الإضاءة (ابراهيم، 1999).

6.8.2.2. الأسباب المتعلقة بالتنشئة الأسرية:

لقد كان هناك اعتقاد بأن العوامل الأسرية وأساليب التنشئة هي السبب في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ولكن الدراسات العلمية أثبتت عدم صحة ذلك. إلا أن العوامل الأسرية وأساليب التنشئة السلبية قد تسهم في زيادة شدة الأعراض إن وجدت، وذلك لعدم قدرة الأسرة على التعامل مع الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، وخصوصاً عندما لا يكون هناك تشخيص للطفل (National Institute of Mental Health, 2004).

ويستنتج مما سبق أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غير ناتج عن عامل واحد أو سبب واحد من الأسباب التي ذكرت أعلاه، بل هو نتاج تفاعل عدة عوامل مجتمعة، ولا تزال الأسباب الحقيقية التي تقف خلف هذا الاضطراب غير أكيدة إلا أنه يرجح وجود عوامل وراثية جينية تقف خلفه (Barkley, 1998).

9.2.2. تصنيف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

يركز مصطلح اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أو ما يعرف بـ ADHD على وصف حالات الأطفال الذين يعانون من وجود مشاكل في الانتباه والتحكم في الدوافع، بالإضافة إلى فرط الحركة. وقد تم استخدام مصطلح اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD كمصطلح جامع يشير إلى ثلاث مجموعات فرعية من الأعراض هي:

1.9.2.2. تشتت الانتباه (Inattention) :

إن الطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه يواجه صعوبات في التفكير، وغالباً ما يشعر بالملل من أي نشاط يقوم به بعد دقائق معدودة. أيضاً يجد صعوبة في تنظيم نشاط معين أو في إكمال نشاط ما، كما يجد صعوبة في القيام بنشاطات جديدة.

ويجد الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه صعوبة في تأدية الواجبات المدرسية. ففي العادة لا يتذكر كتابة الواجبات أو ينسى حاجياته في المدرسة، أو يأخذ الكتاب

الخاطئ إلى المدرسة (كإحضار كتاب الرياضيات لحصة العلوم، أو دفتر النسخ بدلاً من دفتر الإملاء). كما أن الواجبات المدرسية تتسم دائماً بالأخطاء الكثيرة، وتتميز بالكثير من المحو والشطب، ونتيجة لذلك فإن القيام بالواجبات المدرسية يلازمه الإحباط للطفل نفسه وللوالدين أيضاً (جابر، 2007).

2.9.2.2. فرط الحركة (Hyperactivity) :

يعاني الطفل – ذو فرط الحركة – من الزيادة المفرطة في النشاط، فهو يلعب ويعبث بكل ما يقع نظره عليه، ويتحدث باستمرار، ويصعب عليه الجلوس بهدوء سواء في الأنشطة المنزلية (كتناول الطعام) أو في المدرسة أثناء تلقي المواد التعليمية، أو أثناء الاستماع إلى قصة، فهو دائم الحركة والتأملل في مقعده، وعادة يؤرجح رجليه أثناء الجلوس، ويلمس كل شيء حوله أو يلعب بالقلم.

أما المراهقون والراشدون الذين يعانون من فرط الحركة فإنهم يشعرون داخلياً بعدم الراحة، وهم كثيراً ما يحتاجون إلى أن يكونوا منشغلين في عمل ما، ويحاولون تنفيذ أكثر من عمل في آن واحد (جابر، 2007).

3.9.2.2. الاندفاعية (Impulsivity) :

يبدو الطفل الذي يعاني من الاندفاعية غير قادرٍ على التحكم في ردود أفعاله الآنيه، فالطفل الاندفاعي يتصرف دون تريث أو حساب لعواقب الأمور، مما قد يعرض الطفل إلى مواقف محرجة أو خطيرة، كالجري خلف الكرة في الشارع المزدهم بالسيارات، وتسلق الأماكن المرتفعة. كما أن اندفاعية الطفل لا تمكنه من الانتظار للحصول على ما يريد، أو الانتظار لحين يأتي دوره في لعبة ما. كما أن الطفل الاندفاعي يمكن أن يخطف لعبة طفل آخر، ويمكنه أن يضرب غيره عندما يكون محبطاً (National Institute of Mental Health, 2004).

ويصنف الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV, 1994) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بناءً على السمات الرئيسية الثلاث إلى:

- 1- نمط اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المصحوب بتشتت انتباه: وهو عبارة عن هيمنة سلوك عدم الانتباه على الشخص المصاب. إن الأطفال المشخصين بنمط "تشتت الانتباه" ADD نادراً ما يعانون من اندفاعية أو فرط في الحركة، إلا أنهم يعانون من مشاكل واضحة في تشتت الانتباه، فهم يظهرون وكأنهم يحلمون أحلام اليقظة، يتشوشون بسهولة، ويتحركون ببطء وبعدم مبالاة، وتبدو عليهم علامات عدم القدرة على معالجة المعلومات بسرعة وبدقة مقارنة مع الأطفال العاديين.
- 2- نمط اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المصحوب أساساً بفرط الحركة والاندفاعية: وهنا يهيمن سلوك الحركة المفرطة على سلوك عدم الانتباه.
- 3- نمط اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وهو النمط المشترك بين النمط الأول والثاني: وهنا يحدث تلازم في ظهور وهيمنة الأشكال الثلاثة معاً (أي تشتت الانتباه، وفرط الحركة والسلوك الاندفاعي).

10.2.2. تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

يشاهد الأطفال العاديون أحياناً في حالة نشاط مفرط أو في حالة شرود الذهن أو تشتت انتباه، إلا أنه غالباً ما تعزى هذه الحالة إلى الطفولة وسماتها، أو إلى حالة معينة تفرض نفسها على الطفل في وقت ما وتحت ظروف معينة، وسرعان ما يعود الطفل إلى نشاطه الطبيعي والى تركيز انتباهه. أما في حالة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فإن تواتر أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه تحدث باستمرار وتعيق الحياة اليومية للطفل سواء أكان ذلك في البيت أو المدرسة أو العمل. ولا يقتصر القصور على الأداء المدرسي فقط، ولكن تكون هناك صعوبات في الأداء الاجتماعي وفي الاتصال والتواصل مع الأقران (National Institution of Mental Health, 2004).

ويؤكد الاختصاصيون في مجال تشخيص ومعالجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على ضرورة الكشف المبكر عن المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وضرورة التدخل الفوري من قبل الأسر، وذلك بعرضهم على المختصين حين يلاحظون تأثيرات سلبية في الجانب التعليمي والاجتماعي، محذرين من المخاطر التي قد تحدث للأطفال في حال عدم الكشف عن

هؤلاء الأطفال وعلاجهم في السنوات المبكرة من عمرهم، والتي من الممكن أن تكون سبباً في كثير من المشاكل السلوكية التي تؤثر سلباً على الطفل حاضراً ومستقبلاً (عبد العزيز، 2007).

وتحدد ريف (2003) Rief بعض المعايير التي يجب على المشخص إتباعها عند تشخيص الطفل. فتشير إلى أن حجر الزاوية في تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو تحقيق معايير الدليل التشخيصي الرابع لهذا الاضطراب.

ويتم الفحص بناء على جمع المعلومات من مصادر مختلفة كالوالدين مثلاً، والمدرسين، حتى يتم جمع أكبر عدد من الدلائل حول وجود هذا الاضطراب لدى الطفل. إلا أنه يبقى للمعالج النفسي الإكلينيكي حكمه الشخصي على الحالة.

وتشير (Rief , 2003) إلى عدم نجاعة الزيارات الخاطفة (الزيارة القصيرة) إلى عيادة طبيب الأطفال، فإنه يجب على الطبيب أن يجمع المعلومات من الوالدين والمدرسة ويحلها بدقة، لأن تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يأخذ وقتاً طويلاً. كما وتتصح "ريف" بأن يكون المشخص متخصصاً ولديه تدريب ومؤهلات تؤهله لتشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. إلا أن الأكاديمية الأمريكية للطول (AAP) American Academy of Pediatrics سمحت لأطباء الأطفال العاديين بتشخيص هذا الاضطراب بعد حصولهم على تدريب بهذا الشأن.

ويساعد تشخيص الأطفال في تقليل المخاطر التي قد يتعرض لها الطفل، ويساعد على بناء الاستراتيجيات التي من شأنها مساعدة الطفل على بناء حياته وتحقيق أقصى طاقاته. لذلك فإنه من الأهمية بمكان الكشف المبكر عن أعراض هذا الاضطراب قبل أن يكبر الطفل ويتعرض للمشاكل النفسية والاجتماعية والأكاديمية التي من شأنها أن تحد من نموه وتطوره بالشكل السليم.

وتكمن أهمية الكشف المبكر عن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فيما يلي:

- 1- تحسين فرص النجاح للطفل مستقبلاً عن طريق تقديم البرامج العلاجية والتربوية.
- 2- رفع الأداء الدراسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال.
- 3- تخفيف معاناة أولياء الأمور.
- 4- معرفة طرق التعامل الصحيح مع الأطفال المصابين.
- 5- حماية الطفل من التعرض للضرب المبرح والعقاب من بعض أولياء الأمور بسبب سلوكيات الأطفال المرضية.

6- حماية الطفل ووقايته من التعرض لتعاطي المخدرات والمسكرات (الحامد، 2006).

وكما هو الحال في كثير من الأمراض النفسية والعصبية وغيرها من الاضطرابات، فإن التشخيص الرسمي الذي يعتمد عليه المهنيون المختصون في تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعتمد على معايير وضعتها الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة (DSM-IV) أو النسخة المعدلة.

ويزود الدليل التشخيصي الرابع المعدل (American psychiatric association, 2000) المهنيين المختصين بمواصفات تشخيصية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والتي يعتمد عليها في تحديد التشخيص، وهي كالاتي:

1- إما (أ) أو (ب)

(أ) استمرار (ستة أو أكثر) من أعراض تشتت الانتباه التالية لمدة ستة أشهر على الأقل إلى درجة سوء التكيف وعدم التوافق مع المستوى التطوري:

تشتت الانتباه:

(أ) غالباً ما يخفق الطفل في إغارة الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء طيش في الواجبات المدرسية، أو في العمل، أو في النشاطات الأخرى.

(ب) غالباً يكون لديه صعوبة في المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة.

(ت) غالباً ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه.

(ث) غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (ليس بسبب المعارضة أو إخفاق في فهم التعليمات).

(ج) غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.

(ح) غالباً ما يتجنب أو يرفض الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل).

(خ) غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالألعاب أو الأفلام أو الكتب أو الأدوات).

(د) غالباً ما يسهل تشتت انتباهه بمنبه خارجي.

(ذ) كثير النسيان في حياته اليومية.

(ب) استمرار (سنة أو أكثر) من أعراض فرط النشاط – الاندفاعية، لمدة ستة أشهر على الأقل إلى درجة سوء التكيف وعدم التوافق مع المستوى التطوري.

فرط الحركة

- (أ) غالباً ما يبدي الطفل حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.
- (ب) غالباً ما يغادر مقعده في الصف في الحالات التي يُنتظر منه فيها أن يلازم مقعده.
- (ت) غالباً ما ينتقل الطفل من مكان إلى آخر أو يقوم بالتسلق في مواقف غير مناسبة (أما عند المراهقين أو الراشدين فقد يقتصر الأمر على إحساسات ذاتية بعدم الصبر والانزعاج).
- (ث) غالباً ما يكون لديه مصاعب في اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
- (ج) غالباً ما يكون دائم النشاط أو يتصرف كما لو أنه «مدفوع بمحرك» .
- (ح) غالباً ما يتحدث بإفراط.

الاندفاعية

- (خ) غالباً ما ينطق الطفل بأجوبة قبل اكتمال الأسئلة.
- (د) غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره.
- (ذ) غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (أي يتدخل في أحاديثهم أو ألعابهم).

المحكات المرجعية:

- 1- ظهور أعراض تشتت الانتباه، وفرط الحركة – الاندفاعية قبل سن السابعة.
- 2- ظهور الأعراض في موقعين مختلفين أو أكثر (في المدرسة [أو العمل] وفي المنزل).
- 3- وجود دلالة اكلينيكية في المجالات الاجتماعية، أو الأكاديمية، أو المهنية.
- 4- أن لا تحدث الأعراض خلال النسق الارتقائي الشامل للفصام، أو اضطراب ذهاني آخر ليس ناجماً عن اضطراب عقلي آخر كاضطراب المزاج أو اضطراب القلق أو اضطراب فارق أو اضطراب في الشخصية) (حسون، 2007) و (Centers for Disease Control and Prevention, 2001) و (الزيات، 2006).

ويتم تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بناء على معلومات يتم جمعها عبر استبانات مخصصة تتناول سلوك الطفل وأدائه في البيت والمدرسة، حيث يقوم المعلم والأهل بتعبئتها بشكل منظم، إضافة إلى الفحص السريري والتقييم النفسي والعصبي للتأكد من عدم وجود اضطرابات مصاحبة أو مشابهة. ويهدف هذا التقييم إلى تحديد سمات هذا الاضطراب الأساسية لدى الطفل

(الحامد، 2006).

11.2.2. التشخيص الفارق:

يقصد بالتشخيص الفارق دراسة الحالات المرضية المشابهة إلى حد كبير لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والتي يجب تفريقها عنه، ومن هذه الحالات المرضية:

- اضطراب القلق والخوف لدى الأطفال
- اضطراب السلوك
- سلوك المعارضة والعصيان ODD
- الاكتئاب الطفولي
- اضطراب تناذر توريت Tourette Syndrome
- اضطراب الوسواس القهري OCD
- بعض أنواع الصرع الذي يصيب الأطفال
- استخدام الأدوية المهدئة والمنومة
- تفكك الأسرة وأسلوب التربية غير الفعال
- صعوبة التعلم، ومنها اضطراب النطق واللغة
- الأمراض العضوية التي قد ينتج عنها اضطرابات في سلوك الطفل كاضطراب الغدة الدرقية.
- وبعض الأمراض الجلدية مثل الأكزيما (الحامد، 2006).

12.2.2. فريق التشخيص:

يلاحظ بعض الآباء علامات فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أبنائهم في الطفولة المبكرة وحتى قبل الذهاب إلى المدرسة. وتظهر هذه العلامات في عدم رغبة الطفل في اللعب أو مشاهدة التلفاز أو الخروج عن السيطرة. ولكن بما أن الأطفال ينضجون بنسب مختلفة ويختلفون في طباعهم ومستوى الطاقة لديهم، فإنه من الصعب في هذا السن المبكر الحكم عليهم ما إذا كانوا يعانون من

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ولذلك فإنه من الضروري اللجوء إلى اختصاصي لمعاينة سلوك الطفل وتقييمه والحكم على مناسبة سلوكه لعمره ومستوى نضجه. وعندما يكون الطفل في سن دخول المدرسة فإن الأم، أو مربية الحضانة، أو معلم/ة المرحلة الابتدائية هم أول من يسترعي انتباههم ضعف تركيز الطفل وسهولة تشتته أو كثرة حركته في البيت أو المدرسة وفي حالة ملاحظة هذه السلوكيات لدى الطفل فمن المستحسن القيام بتحويل الطفل إلى مهني مختص في تشخيص ومعالجة هذه الحالات لتشخيص الطفل وعلاجه (بازيد، 2004).

واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو اضطراب عصبي سلوكي، يقوم العديد من المهنيين المختصين بتشخيص هذا الاضطراب وعلاجه بجانبه الطبي والنفسي. ويتكون فريق التشخيص الإكلينيكي من: طبيب الأطفال، وطبيب الأعصاب، والطبيب النفسي، والأخصائي النفسي الإكلينيكي (Rief, 2003).

وفيما يلي توضيح لدور كل منهم

1.12.2.2. طبيب الأطفال:

يعد طبيب الأطفال أهم أفراد الفريق الإكلينيكي التشخيصي، حيث يكون دوره أساسياً في تشخيص الاضطراب. ويتمثل هذا الدور في فحص الطفل سريرياً والتأكد من ضغط الدم، وسلامة السمع والنظر، والتأكد من عدم تضخم الغدة الدرقية، والتأكد من سلامة الجهاز العصبي والحركي لديه، وفحص قدرة الطفل على التوافق الحركي. ومن أهم الفحوصات المخبرية التي قد يقوم طبيب الأطفال بها، الفحوصات التالية:

- اختبار الغدة الدرقية، إذ يقوم الطبيب بفحص هرمون الثيروكسين TSH-T3-T4
- تخطيط الدماغ EEG
- الأشعة المقطعية للدماغ CT-Scan
- الرنين المغناطيسي للدماغ MRI
- فحص نسبة الكالسيوم في الجسم (العزة، 2002).

ويقوم طبيب الأطفال بالتحقق من التاريخ المرضي للطفل، وأثناء ذلك يصل الطبيب إلى الكثير من المعلومات حول ماضي الطفل وحاضره، والظروف المحيطة به سواء الظروف العائلية أو الاجتماعية أو البيئية وذلك للوصول إلى التشخيص ومعرفة الأسباب المحتملة التي أدت إلى ظهور أعراض المرض.

كما ويقوم الطبيب بالتحقق من الظروف المحيطة بالحمل وولادة الطفل، وما إذا كان هناك أي أمراض أو صعوبات طرأت أثناء فترة الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها. كما يقوم الطبيب بالتحقق من حالة الطفل الصحية أثناء الولادة، كمعرفة وزن الطفل، وطوله، ومحيط رأسه.

كما ويقوم الطبيب بفحص الطفل ليتأكد من تاريخه الصحي الحالي، والكشف عن الأمراض أو الإصابات التي قد تعرض لها الطفل في الفترة الماضية، كما ويتأكد من نموه وتطوره الحركي واللغوي والنفسي وعلاقاته مع الآخرين. كما ويقوم الطبيب بالتعرف إلى العادات الغذائية للطفل، والتحقق من عدم وجود أية حساسية من المواد الغذائية (الصبي، 2004).

2.12.2.2. الطبيب النفسي:

وهو طبيب مختص في تشخيص ومعالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية. ويمكن للطبيب النفسي أن يعقد الجلسات العلاجية النفسية للمريض وعائلته، كما ويمكنه وصف أي علاج دوائي مناسب لحالته (National Institute of Mental Health, 2004).

3.12.2.2. طبيب الأعصاب:

طبيب الأعصاب هو الطبيب المتخصص في اضطرابات الدماغ، واضطرابات الجهاز العصبي، وهو مؤهل لتشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويمكنه أن يصف الأدوية إذا لزم الأمر. إلا أن طبيب الأعصاب غير مؤهل لتقديم العلاجات النفسية المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (National Institute of Mental Health, 2004).

4.12.2.2. الأخصائي النفسي:

يعتبر الأخصائي النفسي مؤهلاً لتشخيص وعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. فالأخصائي النفسي يمكنه تزويد الطفل بالعلاج النفسي والسلوكي، ومساعدة الوالدين والأسرة في تطوير وسائل وطرق للتعامل مع الطفل الذي يعاني من الاضطراب. إلا أن الأخصائي النفسي ليس مؤهلاً كلياً لتشخيص الطفل، لذلك لا بد له من الاستعانة بالطبيب العام لعمل الفحوصات الطبية ووصف الأدوية إذا لزم الأمر (National Institute of Mental Health, 2004)

سبق أن ذكر أن هناك عدداً من المختصين المؤهلين لتشخيص وعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، إلا أن كلاً منهم يعالج الاضطراب من جانب محدد، كالعلاج الطبي مثلاً، أو النفسي، لذلك فلا بد من تضافر الجهود والعمل على تحويل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب إلى أكثر من جهة لتشخيصهم وعلاجهم.

13.2.2. أدوات القياس المستخدمة في التشخيص

إن تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ليس بالأمر الهين، ولا يوجد إجراء أو فحص واحد مخصص للكشف عن هذا الاضطراب، ومن المقاييس التي تستخدم في تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه :

1.13.2.2. المقابلات:

وتضم المقابلات:

- مقابلة الوالدين والطفل بهدف جمع المعلومات المتصلة بالمشكلة
- المقابلة المنظمة وتبنى الاتجاه التصنيفي في التقييم، بحيث تصنف الاضطراب إلى فئتين: اضطرابات موجودة واضطرابات غير موجودة، وذلك بناء على معايير تشخيصية يتم وضعها، وعادة ما يتوافق شكل ومحتوى المقابلات المنظمة مع المعايير التصنيفية التي وضعت في الدليل التشخيصي (DSM-IV) أو النسخة المعدله له.

2.13.2.2. مقاييس التقدير:

وتصنف مقاييس التقدير إلى نوعين:

- مقاييس تقييم مجموعة واسعة من السلوكيات
 - مقاييس تقييم مجموعة محددة من المشكلات
- ومن أمثلة مقاييس التقدير:
- مقياس التقدير لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المبني على مواصفات DSM-IV .
 - مقياس كونرز، ويتضمن مجموعة من الفقرات التي تمثل خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

3.13.2.2. استمارة سلوك الطفل Child Behavior checklist :

يتم استخدام استمارة سلوك الطفل من قبل الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي.

4.13.2.2. المقاييس السيكوصيبية

تطبق هذه المقاييس بواسطة الكمبيوتر مثل نظام جوردن للتشخيص Gordon Diagnostic System والذي يغير قدرة الانسان على الانتباه ومقاومة التشتت وضبط نوبات الغضب والانفعال أثناء القيام بإعادة أداء المهام خلال فترة زمنية قصيرة تتراوح ما بين (6-15) دقيقة (العزة، 2002).

14.2.2. التدخل العلاجي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

يعتبر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من الاضطرابات كثيرة الجوانب، فهناك الجانب العصبي، والسلوكي، والنفسي، والاجتماعي، ولذلك فإن علاجه يتم عن طريق إشراك متخصصين

في تلك المجالات لمعالجته والتعامل معه على جميع المستويات، ولا شك أن التكامل والتعاون بين جميع الجوانب يعزز فرص النجاح في معالجة الطفل (جابر، 2007).

1.14.2.2. التدخل الطبي (العلاج الدوائي):

يعتبر التدخل العلاجي الطبي أكثر أنماط التدخل شيوعاً واستخداماً لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، إلا أن العلاج الطبي هو علاج مرحلي وليس علاجاً لمدى الحياة، لذلك فلا بد من أن يكون العلاج متعدداً ويشمل الجوانب السلوكية والاجتماعية والنفسية (جابر، 2007).

كما أن العلاج بالعقاقير الطبية لا يكون فعالاً في جميع الحالات، إذ يوجد الكثير من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ولا يستجيبون للعقاقير الطبية، كما أن باركلي (Barkley, 1999) يرجع أسباب وجود الاضطراب الى أسباب تتعلق بتلف المخ وأن (25%) من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لم يستجيبوا للعلاج بالعقاقير الطبية (أحمد وبدر، 1999). ومن منطلق آخر فقد أكد (Barkley, 2006b) على أن أساليب تعديل السلوك في البيت والمدرسة، وتدريب الأمهات على كيفية التعامل مع الطفل ليس كافياً لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، لأن هذه العلاجات أثبتت أنها تعطي فوائد قصيرة المدى، كما أن تلك البرامج عادة لا تشمل تعليم الطفل تعميم السلوك المتعلم على مواقف حياتية أخرى. ولذلك فإنه نادى بضرورة تنويع الأساليب العلاجية التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب، حيث يتمكن الطفل المعاني من الاستفادة من إحدى الطرق الأخرى في حال تعذر الاستفادة من إحداها.

ومن العلاجات الدوائية التي يشيع استخدامها لعلاج هذا الاضطراب:

- الميثايل فينيديت Methylphenidate والذي يعرف تجارياً تحت اسم الريتالين Retalin.
- البيمولين Pemoline والذي يعرف تجارياً باسم سيليرت Cylert.
- الديكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine والذي يعرف تجارياً تحت اسم Dexadrine.
- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات كالامبرامين Imipramine ، والديسيبرامين Desipramine ، وتستخدم كعلاج بديل لهذا الاضطراب وخاصة عندما يصاحبه القلق والاكتئاب. حيث تساعد في تحسين المزاج ورفع المعنويات، والتي بدورها تسهم في تحسين الأداء العام.

- الفا أدريجيك Alpha Aderenergic، والذي يعرف تجارياً باسم كلونيدين Clonidine، هذا العلاج عادة لا يستخدم في علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويستخدم عادة في علاج التوتر الشديد إلا أنه مؤخراً أثبتت فعاليته في خفض مستوى الاندفاع والعدوانية.

وكل الأدوية الطبية فإن الأدوية المعالجة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ترافقه أعراض جانبية منها: الأرق، والحمول، والميل للنوم، وفقد الشهية للطعام، والصداع، وآلام البطن، والرعشة، وتقلب الحالة المزاجية لدى الأطفال. إلا أن هذه الأعراض عادة ما تزول تلقائياً وبالتدريج بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج، وبعضها يتم التغلب على الأعراض الجانبية له من خلال تنظيم وقت استخدام هذه العقاقير (أحمد وبدر، 1999).

كما أن هناك عرضاً جانبياً آخر قد يظهر لدى الأطفال وهو تقلص العضلات نتيجة لاستخدام العقاقير المنبهة التي تزيد من تقلص العضلات الذي يرافق أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه، مما يجعل العضلات تتحرك لإرادياً، وتظهر في صورة الزامية يطلق عليها اسم اللزمات العصبية (Tic Disorder) (أحمد وبدر، 1999)، وقد أظهرت دراسة (Spencer et al., 1999) وجود اللزمات العصبية لدى أغلب أفراد العينة عند بداية الدراسة وعند التقييم بعد أربع سنوات وجدت بدايات جديدة لظهور هذه اللزمات.

2.14.2.2. التدخل العلاجي الغذائي:

إن لدى عدد من الأطفال حساسية لبعض المواد الغذائية، وتؤثر هذه الحساسية في سلوكهم. فقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين الحساسية الغذائية واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. لذلك فإنه من المستحسن البحث عن هذه المواد التي تسبب الاضطراب للطفل وتفاديها مما يحسن من صحة الطفل وسلوكه، حيث أن أغلب الدراسات التي بحثت في هذا الجانب أثبتت وجود تحسن ملموس لدى الأطفال نتيجة للامتناع عن الأغذية المسببة للحساسية (كوافحة، 2003).

3.14.2.2. العلاج السلوكي:

بجانب العلاج الطبي لا بد من استخدام أساليب أخرى من العلاج ومن هذه الأساليب العلاج السلوكي، إذ يعتبر هذا النوع من العلاج من الأساليب الناجحة والفعالة في علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظريات التعلم، حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوب بها وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية، حيث يتم تعزيز الطفل إيجابياً على سلوكه الصحيح الذي يقوم به. أما بالنسبة لفاعلية العلاج السلوكي، فقد أجرى كيندال وآخرون (Kendall et al., 1985) دراسة بينت نتائجها أن استخدام فنيات العلاج السلوكي أدت إلى خفض مستوى الاندفاعية، ونمى القدرة على التحكم في السلوك غير المرغوب (أحمد وبدر، 1999).

ومن أمثلة استراتيجيات العلاج السلوكي:

- **التعزيز اللفظي والمادي للسلوك المناسب:** إنه من الضروري لكل من يتعامل مع الطفل سواء أكان الأهل أو المعلمون أو غيرهم أن يستخدموا التعزيز للسلوك المناسب، وإبراز أي سلوك منتج يقوم به الطفل (الحسيني، 2000).
- **الاتفاقيات:** إذ يقوم الوالدان أو المعلمون أو غيرهم ممن يتعاملون مع الطفل من عمل اتفاقيات معه حول المهام التي يجب أن يقوم بها، وعلى المكافآت والامتيازات التي سيحصل عليها عند تنفيذ المهام. ويمكن أيضاً إعداد اتفاقية تستخدم جدولاً لتوضيح عملية عد السلوك الذي يقوم به الطفل، بحيث تبدو العملية واضحة وعادلة (الحسيني، 2000).
- **نظام النقاط:** هناك طريقتان لنظام النقاط إذ يمكن إعطاء الطفل "فيش" كلما قام بسلوك مرغوب به، ويمكنه في نهاية اليوم استبدال هذه الفيش بامتيازات أو أشياء مادية يتم الاتفاق عليها مسبقاً، أو أن يكسب نقطة كلما قام بسلوك مرضي. ويجب أن يستخدم هذا النظام بثبات، وبهذه الطريقة تهمل السلوكيات غير المرغوبة ولا يتم تعزيزها إنما يعزز السلوك المرغوب به فقط (الحسيني، 2000).
- **تكلفة الاستجابة:** وتعني أن تأدية الطفل للسلوك غير المرغوب به ستكلفه فقدان كمية معينة من المعززات التي بحوزته، ويتم الاتفاق مع الطفل على هذا الإجراء مسبقاً. فعندما يشعر الطفل بأن سلوكه يمكن أن يؤدي إلى خسارة المعززات، فإن الطفل قد يتراجع عن سلوكه أو يفكر في السلوك المراد القيام به www.gulfkids.com.

- **تقليل المشتتات:** بحيث يتم إبعاد المشتتات حول الطفل، ومحاولة تنظيم الأمور وتعليم الطفل وضع الممتلكات في مكانها (الحسيني، 2000).
- **تنمية القدرة على ضبط الذات:** تتم هذه الطريقة عن طريق تعليم الطفل التفكير بالسلوكيات التي سوف يقوم بها مسبقاً عن طريق فنية التحدث مع الذات www.gulfkids.com.

4.14.2.2. العلاج النفسي:

لا يقتصر تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على الطفل فحسب، بل يؤثر على الوالدين، والإخوة، والأخوات، والمعلمين، وكل من يتعامل مع الطفل. فالطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يواجه مشكلات تعليمية، تؤدي إلى تأخره دراسياً. كما أن سلوكه غير المقبول يؤدي إلى اضطراب علاقاته الاجتماعية مع المحيطين به وخاصة زملائه وإخوته، ونتيجة لذلك فإن الطفل قد يشعر بالفشل وينخفض تقديره لذاته، وينطوي على نفسه، ويشعر بالوحدة النفسية، والقلق، والاكتئاب، وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى (أحمد وبدر، 1999).

فبعض الآباء يشعرون بأنهم السبب في نشوء هذا الاضطراب نتيجة ظنهم أن تشتتهم الأسرية خاطئة، ومنهم من يشعر بالذنب حيال ذلك، ولهذا فإنه من الأهمية بمكان تقديم العلاج النفسي للطفل الذي يعاني من الاضطراب ولوالديه وإخوته، وذلك بهدف التخفيف من حدة الاضطرابات الانفعالية لديهم، والتعرف على الطرق التي تساعد في التعامل مع طفلهم. كما وتساعد الطفل في التخفيف من حدة الاضطراب لديه، والتكيف مع البيئة المحيطة به (أحمد وبدر، 1999).

ويقترح "بازيد" تقديم الإرشاد النفسي والتربوي للوالدين، والمعلمين، ومرشدي الطلبة، في كيفية التعامل مع الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في البيت أو المدرسة، وتوفير المناخ التعليمي الخاص للحالات الشديدة، من خلال تدريبهم على المهارات الاجتماعية المفقودة وإعانتهم في تحصيلهم الأكاديمي (بازيد، 2004).

وتشير (الحسيني، 2000) أنه في حال فشل الطرق والفنيات التي يستخدمها الأهل والمعلمين في ضبط سلوك الطفل فإنه يمكن اللجوء إلى الطرق التي يستخدمها اختصاصيو الصحة النفسية: ومن أهم الطرق العلاجية التي يمكن تطبيقها على الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: الاسترخاء العضلي، وتقليل الحساسية، ومختلف طرق التغذية البيولوجية الراجعة مثل التنفس بعمق، وتدريب العضلات.

15.2.2. مآل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

قد يستمر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع الطفل حتى النضوج، وقد تخف حدة الأعراض في فترات معينة من عمر الطفل، ورغم أن الاندفاعية وفرط الحركة قد تقل مع التقدم في العمر، إلا أن الاضطراب يستمر مع الشخص في مراحل متأخرة. وكذلك الحال بالنسبة لتشتت الانتباه الذي قد يتحسن قليلاً مع التقدم في العمر، لكن الاضطراب يستمر إلى مراحل متأخرة (بازيد، 2004).

وفي سن النضج يختلف مآل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وينقسم إلى ثلاث مجموعات :

- المجموعة الأولى: وتشكل حوالي 30% يتحسنون بشكل مقبول .
- المجموعة الثانية: وتشكل حوالي 60% تستمر معهم الأعراض، من حيث قلة المهارات الاجتماعية، والاختلال العاطفي، ومشاكل الشخص مع ذاته .
- المجموعة الثالثة: وتشكل حوالي 10% تعاني من اضطرابات نفسية وعقلية شديدة وكذلك سلوكيات مضادة للمجتمع (بازيد، 2004).

الخصائص الفردية التي تحدد مآل الاضطراب :

يشير (الخضير، 2008) إلى مجموعة من الخصائص الفردية عند الأطفال والتي تساعد على تحديد مآل الاضطراب وهي:

مستوى الذكاء: كلما كان الطفل أكثر ذكاءً، فإن التحسن – مع مرور الزمن – يكون عند الأطفال الأكثر ذكاءً أفضل من الأطفال الذين يكون مستوى ذكائهم متدن.

شدة الأعراض: كلما كانت الأعراض شديدة، كان التحسن أقل، حيث أن هناك تناسباً طردياً بين شدة الأعراض والتحسن، فإذا كانت الأعراض بسيطة وخفيفة، فإن التحسن يكون أفضل مع مرور الوقت.

الاضطرابات النفسية المصاحبة للاضطراب: كلما كانت هناك اضطرابات نفسية وعقلية مصاحبة لهذا الاضطراب بصورة أشد، فإن الاضطراب قد يسوء، وكذلك الاضطرابات النفسية والعقلية سوف تصبح أشد.

الوضع العائلي والأسري للطفل: كلما كان هناك اضطرابات نفسية أو عقلية في العائلة، أو كان أحد الوالدين مصاباً بهذا الاضطراب، فإن المآل يكون أسوأ مقارنة بحالة الأطفال الذين تخلو عائلاتهم من الاضطرابات العقلية والنفسية. أما إذا كان وضع العائلة مستقراً تخلو من المشاكل العائلية، فإن هذا يساعد على تحسن مآل المرض، خاصة إذا كانت العائلة تعي مشكلة الطفل وتحاول أن تساعد في إيجاد حل لمشكلته، وتحاول تخفيف الأعراض التي يمكن تخفيفها عن طريق المساعدة في العلاج السلوكي للطفل، ومحاولة وضع نظام في المنزل يساعد الطفل على التخلص من بعض سلوكياته التي يستطيع أن يتخلص منها بمساعدة الوالدين وأفراد العائلة.

العلاج: إن العلاج أمر مهم جداً في حالة الطفل المصاب بهذا الاضطراب، فنوعية العلاج ومدته والمتابعة الجيدة من قبل الفريق الطبي المعالج يساعد مساعدة جادة في تحسين حالة الطفل، وكذلك فإن حرص الأهل على علاج الطفل بجدية، تساعد بشكل جيد على تحسن مآل الاضطراب مع مرور السنوات.

وإذا اجتمعت العوامل السلبية في حياة الطفل، كعدم انتباه العائلة، أو وجود اضطرابات عقلية أو نفسية في العائلة، أو عدم متابعة العلاج بصورة دقيقة، أو انخفاض مستوى الذكاء عند الطفل،

جميعها تلعب دوراً سلبياً في تحسن الطفل، ويصبح مآل الاضطراب سلبياً، حيث لا يحدث تحسن يذكر على حالة الطفل، بل يزداد الأمر سوءاً مع مرور السنوات.

16.2.2. تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على حياة الطفل من مختلف جوانب الحياة

من خلال مراجعة الأدب التربوي والدراسات السابقة يتبين أن نوعية حياة الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتأثر بوجود هذا الاضطراب في كثير من أبعاد الحياة الاجتماعية، والنفسية، والسلوكية. ولمزيد من التوضيح سنلقي الضوء على أهم جوانب الحياة التي تتأثر بالاضطراب:

1.16.2.2. تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على العائلة والعلاقات الأسرية:

تشير الدراسات التي طبقت على الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أن هناك تأثيراً سلبياً لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على العلاقات العائلية. فاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حالة دائمة تؤثر على الأشخاص المحيطين بالطفل وليس على الطفل فقط، وكما تؤثر أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه على مجريات الحياة اليومية للطفل وكثيراً ما تؤثر في قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية صحية مع الآخرين، وعلى عمله بإنتاجية سواء أكان ذلك في البيت أو المدرسة أو المجتمع. والطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يكون في الغالب غير قادر على إقامة العلاقات الاجتماعية والتصرف بشكل ملائم مع الآخرين، وهذا يسبب ضغوط عائلية قد تؤثر على الرفاه العاطفي للوالدين والإخوة (Lilly, 2007).

ويشير (الصبي، 2004) أن الأعراض المتعددة لهذا الاضطراب كفرط الحركة، وتشتت الانتباه، وعدم إطاعة الأوامر، وعدم الترتيب، والفوضى، تجعل الوالدين يصفون الطفل بأنه طفل شقي عنيد لا يسمع الكلام، لهذا يتعرض الطفل لمعاملة قاسية وضرب متكرر، كما أن الطفل يغضب

ويتأثر نفسياً لأن الوالدين لا يستطيعون تقدير ظروفه المرضية بل يزيدون من عقابه، مما يخلق اضطراباً في العلاقة بين الوالدين والطفل، لذا فإن معرفة الوالدين للحالة التي يعانيها الطفل وكيفية التصرف مع المواقف قد تمنع كثيراً من الانعكاسات النفسية في مستقبل الطفل.

2.16.2.2. تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على العلاقات مع الآخرين والرفاق:

تشير (العندس، 2006) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يواجهون صعوبات كثيرة في المهارات الاجتماعية، ويظهر ذلك في عدم قدرتهم على تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع زملائهم في المدرسة، حيث أن التصرفات التي تبدر منهم تجاه أصدقائهم نتيجة لحركتهم واندفاعية تصرفاتهم في المواقف، تجعل أصدقاءهم ينفرون منهم، ولهذا فإنهم يهملون اجتماعياً مما يسبب لهم ألماً نفسياً لنفور الآخرين منهم، لذا نجدهم في أسفل السلم في مجال الأنشطة الاجتماعية .

كما أن الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لا ينتظر دوره في اللعب، ولا يكمل اللعبة التي يبدها، ويقاطع الآخرين في الكلام واللعب، ولا يعطي الآخرين الفرصة للمشاركة، ويكون عنيفاً في تعامله معهم، وكثيراً ما يقع في خصام معهم، مما يؤدي إلى ابتعاد الرفاق عنه بالتدرج ويتجنبون اللعب معه ما أمكن، وهذا ما يشعره بالعزلة، ويزيد من سوء تعامله معهم (الصبي، 2004).

وقد أكدت نتائج دراسة "هوزا" وآخرون (Hoza et al., 2007) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهروا مستويات منخفضة من التفضيل الاجتماعي، وحازوا على مستوى أقل من محبة الآخرين، وكانوا أكثر رفضاً من المجتمع، وأقل رفاقاً مقارنة مع رفاقهم الذين لا يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وعندما فتح المجال للأطفال العاديين – المفضلين اجتماعياً والمحبوبين من قبل الآخرين – أن يختاروا رفاقهم فإنهم نأوا بأنفسهم عن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ولم يتخذوهم كأصدقاء لهم واعتبروهم مرفوضين من قبلهم.

3.16.2.2. تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على المدرسة والانتاج الأكاديمي:

تشير (الخشمي، 2006) إلى أن مشكلات فرط الحركة وتشتت الانتباه تظهر غالباً في مرحلة المدرسة، حيث يكون الطفل عرضة لمهام دراسية متعددة تتطلب منه انتباهاً لفترة طويلة من الوقت، وتستدعي قيامه بجهود معينة لإتمام تلك المهام، فالأطفال ذوو تشتت الانتباه يواجهون صعوبة في بعض المهام التي تتطلب نجاحاً أكاديمياً، ويواجهون صعوبة في الانتقال من مهمة إلى أخرى، أو في التعامل مع الآخرين، أو في اتباع التعليمات، أو في إنجاز أعمال دقيقة تتطلب عملاً منظماً، أو في أداء مهام تتطلب أكثر من خطوة أو مرحلة.

وفي المرحلة الابتدائية تتزايد مسؤولية الطالب لتوجيه انتباهه داخل الصف، ويصف المعلمون الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأنهم متململون يخرجون من أماكنهم كثيراً، يحبون الكلام والثرثرة، ويقاطعون الآخرين، وغالباً ما يحملقون في الفصل الدراسي وما به من أدوات أكثر مما ينظرون إلى المعلم أو السبورة، ويكون أدائهم في المهام التي توكل اليهم غير مكتمل.

وقد توصلت نتائج دراسة (الخشمي، 2007) إلى أن الصعوبات التعليمية للطلاب الذين لديهم أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه تركز على جوانب رئيسية مرتبطة بالقراءة والكتابة والاستيعاب القرائي والفهم، بالإضافة إلى مشكلات في مادة الرياضيات، وتظهر الصعوبات النمائية بشكل واضح لدى هذه الفئة من الأطفال على شكل مشكلات في الذاكرة، والانتباه، وتقدير الوقت، وتحديد الأهداف، والعمل على تحفيز الذات لتحقيق الأهداف.

وتشير (العندس، 2006) إلى أن من أكبر المشكلات التي تشكل تحدياً للمعلم في المدرسة هو تعليم طالب لديه اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حيث يشيع هذا الطالب جواً من التشتت للمعلم ويحد من قدرته على ضبط طلابه داخل الصف، كذلك كثيراً ما يجلب المتاعب لنفسه دون أن يكون مدركاً لسبب ما يحدث له وكثرة الشكوى من زملائه وكثيراً ما يطلق عبارات: ضربني، وأخذ أغراضي، وما إلى ذلك. وهذه المواقف اليومية والتجارب التي يمر بها الطفل تهز ثقته بنفسه فينظر إلى نفسه نظرة سلبية.

أما (الصبي، 2004) فيشير إلى أن الكثير من المدرسين قد ينسون أو يتناسون وجود مثل هذه الحالات، فيصفون الطالب الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالطفل

المشاغب الكسول، ويعاملونه بقسوة، ويكثرون من الشكوى منه ونقده، وبهذا فإن العلاقة بين الطالب والمدرس تزداد سوءاً، ويزداد معها الفشل الدراسي. وتشير الدراسات في هذا المجال إلى أن أغلب حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه يتم التعرف عليها وتشخيصها من قبل المدرسين، ولهذا فإنه من الأهمية بمكان رفع الوعي لدى المدرسين في كيفية تعاملهم مع تلك الحالات.

أما على صعيد القدرات الذهنية، فإن القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو تقترب من ذلك، وتكمن المشكلة الرئيسية في عدم قدرتهم على التركيز، ومن ثم عدم الاستفادة من المعلومات والمثيرات من حولهم، وكثيراً ما يرسب هؤلاء الأطفال في المدرسة، وبعض الأطفال يكبر وهو فاشل دراسياً، ويكون تحصيله العلمي اضعف من بقية أفراد أسرته وأقرانه (الصبي، 2004).

4.16.2.2. تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على الحالة النفسية للطفل:

تشير (العندس، 2006) أن الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يشعر بأنه وحيد وسط زملائه، يدور حولهم ويشاكسهم، فلا يوجد له صديق محدد، فالوحدة وسط المجموعة وعدم تقبل الآخرين له تجعله ثائراً وفي حالة غضب ودفاع عن النفس. ونتيجة لهذا الإحباط وعدم فهمه لأسباب ما يجري حوله نظل هذه الفكرة تشغل باله وتسيطر على فكره مما يؤثر على مستواه الدراسي وانتباهه داخل الصف. هذا عدا عن حالة الحزن التي تخيم عليه وقد تكون مؤشراً على بداية الاكتئاب.

ويشير (الصبي، 2004) أن الثقة بالنفس تتكون نتيجة ردود الفعل لما يقوم به الفرد نحو الآخرين، وما يقوم به الآخرين نحوه، والطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تكون علاقاته سيئة مع المجتمع من حوله سواء في المنزل أو الشارع أو المدرسة، وردود الفعل الخارجية نحو ما يقوم به أيضاً سيئة، ومن داخله فهو لا يقوم بأشياء تستوجب ردود الفعل الحسنة والثناء، فهو لا ينجز عملاً، وهو لا يجيد التعامل مع الآخرين، ولا يستمع للأوامر، ومن هنا تتكون لديه صورة سلبية عن نفسه، ويفقد الثقة في التعامل مع الآخرين ومن ثم يفقد الثقة في نفسه.

ونتيجة للانعكاسات السلبية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وعدم القدرة على السيطرة على تصرفاته غير الطبيعية، والمعاناة والضغط النفسية التي يواجهها الطفل، وعلاقاته الاجتماعية السيئة في المنزل والشارع والمدرسة، كلها تنعكس سلباً على حالته النفسية، فقد تؤدي إلى اضطراب المزاج، والاكتئاب، والقلق، وغيرها من الأمراض النفسية.

ويشير باركلي (Barkley, 2006b) أن مشكلة الطفل الرئيسية هي ضبط النفس، ومشاكله غير ناتجة عن نقص المهارة ولكن عن نقص في ضبط النفس.

وقد أشارت نتائج دراسة ثابت وآخرون (Thabet et al., 2006) أن الأطفال الفلسطينيين لا يزالون يعانون من مختلف الأحداث الصادمة التي تؤدي إلى أعراض نفسية منها التوتر وفرط الحركة وتشتت الانتباه. وهناك ضرورة لوضع برنامج للتعامل مع الأطفال الذين شخصوا على أنهم يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه بسبب الإجهاد والصدمات البيئية. وإطلاق حملة توعية عامة لبيان اثر الصدمة على الأطفال ورفاههم، ووجوب التركيز على المدارس، ونوادي الشباب، والمجتمع.

5.16.2.2. تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على نوعية حياة الطفل بشكل عام:

وقد أظهرت نتائج دراسة براساد وآخرون (Prasad, et al., 2006) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهروا نوعية حياة فقيرة/ضعيفة بشكل دراماتيكي مقارنة مع أقرانهم، وقد أظهرت النتائج وجود أثر سلبي على تقدير الذات لديهم وعلى التحصيل الأكاديمي، وعلى قدرتهم في عمل علاقات مع الآخرين والتفاعل معهم. وأخيراً فقد أظهرت النتائج أن العلاج بعقار Atomoxetine يخفف من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويحسن من نوعية الحياة لديهم.

وقد أظهرت نتائج دراسة بنشن وآخرون (Yang et al., 2007) أن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والذين تلقوا علاج بعقار الميثايل فينيدات كانت أسوأ من الأطفال الأصحاء في جميع الجوانب النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى أن مشاكل الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أثرت على

أنشطه الأسرة وتماسكها بشكل كبير. وعلاوة على ذلك فإن استخدام عقار الميثايل فينيدات قد حسن من الأداء النفسي للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، إلا أن هذا التحسن كان مرتبطاً بعمر الانسان، ومرتبباً بالعمر الذي تم فيه التشخيص، والعمر والمدة التي تم فيها استخدام العقار، ولكن لم تكن مستقلة عن الأعراض السيكاترية الأخرى المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد أظهرت نتائج دراسة كلاسن وآخرون (Klassen et al., 2004) أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه له تأثير على نوعية الحياة الصحية من عدة جوانب على الأطفال والمراهقين. فقد أظهر تقرير الوالدين أن الأطفال لديهم اضطراب من النواحي العاطفية، والصحة النفسية، والثقة بالذات، ولعب الدور، مقارنة بالأطفال العاديين. كما أن الأطفال الذين شخصوا باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كان لهم تأثير دال على الصحة الانفعالية للوالدين وعلى وقت الأهل في تادية حاجياتهم الشخصية، وكان أيضاً له تأثير على العلاقات في الأسرة وعلى تماسك الأسرة. كما أن الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كان لديهم نوعية حياة نفس اجتماعية سيئة، وأن الأطفال الذين شخصوا باضطراب سيكاتري متعدد كانوا أكثر فقراً من ناحية الصحة النفس اجتماعية من الأطفال الذين شخصوا باضطراب سيكاتري واحد مرافق لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد أشارت نتائج دراسة بروين وآخرون (Perwien, et al., 2004) إلى أن الأطفال الذين عولجوا ب Atomoxetine أظهروا تحسناً دالاً في الوظائف النفس اجتماعية مقارنة بمجموعة الأطفال الذين تلقوا "البلاسيبو"، ولم تكن هناك فروق دالة بين أخذ الجرعات مرة في اليوم أو مرتين في اليوم. وأن استخدام الـ Atomoxetine، ووجود نوعية حياة متدنيه للأطفال، وعدم وجود تاريخ لتناول المنشطات، وعدم وجود اضطراب في السلوك، كانت مرتبطة بتحسن في الوظائف النفس اجتماعية. واستنتجت الدراسة أن هناك أثراً إيجابياً لتناول عقار الـ Atomoxetine على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة للأطفال الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه.

3.2. الدراسات السابقة:-

1.3.2. المحور الأول: الدراسات المتعلقة بنوعية الحياة

1.1.3.2. الدراسات العربية:

لقد قام (قوته، 2008) بنشر دراسة بعنوان تأثيرات الحصار على جودة حياة المواطنين في غزة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثيرات الحصار الاقتصادية والاجتماعية وعلاقتها بجودة حياة الأسرة الفلسطينية وجودة حياة المواطنين في غزة.

وتكونت عينة الدراسة من 244 رب أسرة بمتوسط عمري (38) عاما موزعين على مدن ومخيمات وقرى قطاع غزة. وقد تم استخدام مجموعة من الأدوات لقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي إلى جانب اختبار منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة WHOQOL-BREF.

وأظهرت نتائج الدراسة أن تأثيرات الحصار السلبية طالت كافة مناحي الحياة وأثرت على المجتمع بصورة بالغة وجمدت حراك الحياة الفاعلة فيه. كما أن معظم نتائج الدراسة سجلت مؤشرات سلبية خاصة على الأطفال والمرضى والطلبة والعاطلين عن العمل بما انعكس على سلوكهم وزاد من حدة توتراتهم واضطرابهم. فقد دفع الحصار الإسرائيلي بنحو 84% من الأسر الفلسطينية إلى تغيير أنماط حياتهم، فيما تنازل 93% منهم عن المتطلبات المعيشية اليومية، وعبّر 95% من أفراد الأسر -تحديدا في غزة- عن استيائهم البالغ لتحويل القطاع إلى سجن كبير يقيمون فيه على مدار اليوم.

كما بينت نتائج الدراسة أن 47% من المرضى في غزة لم يستطيعوا الحصول على الدواء اللازم لهم بعد أن أحكمت إسرائيل سيطرتها على المعابر ومنعت دخول قوافل المساعدات الطبية لمستشفيات غزة، فيما زادت معاناة 38% من المرضى جراء عدم تلقيهم الخدمات الطبية.

وقد أشارت النتائج على صعيد التأثيرات الاجتماعية أن الزيارات الاجتماعية انخفضت بين المواطنين بنسبة 79% بسبب تردي الأوضاع المالية والاجتماعية، وامتنع معظم أفراد العينة عن التأخر خارج البيت لظروف العمل أو غيره، في وقت أثر فيه الحصار بما نسبته 92% في سلوك المواطنين بخصوص المناسبات الاجتماعية.

أيضاً أشارت النتائج إلى أنه وبسبب الحصار المتواصل لم يجد 95% من المواطنين المواد والبضائع التي بحثوا عنها، في وقت ارتفعت فيه الأسعار بدرجة 99% وانخفض دخل المواطنين العاملين الشهري بنسبة 68%، وتوقف 45% منهم عن العمل، وجمد 77% من العاملين في قطاع البناء أعمالهم ولم يتمكنوا من مواصلته لعدم وجود المواد الأساسية للبناء من أسمنت، وحديد، وغيرها. وخيم الحزن على 96% من المواطنين جراء استماعهم لشكاوى الناس ومعاناتهم المتزايدة مما أوجد لديهم حالة مستديمة من القلق، والخوف، والتوتر.

وقد أظهرت النتائج أن 51% من الأطفال لم تكن لديهم الرغبة في المشاركة في أية نشاطات تذكر، كما أن 47% منهم لم يعودوا قادرين على أداء الواجبات المدرسية والعائلية فيما بدأت الأوجاع تغزو أجساد 41% منهم، حيث أصبح 48% منهم يعانون من انخفاض الطاقة لسوء التغذية.

وقد أشارت النتائج إلى أن علامات الخوف بدت على 61% منهم، وعلامات الغضب بدأت تظهر على 45% منهم. أما مشاكل النوم فقد اشتكى منها 43% من الأطفال الذي أصبح 63% منهم يعانون من أعراض القلق.

وبسبب أوضاع الحصار القاسية على الأطفال بلغت نسبة التغيب عن المقاعد الدراسية 40% بينما عانى 50% من الطلبة غير المتغيبين من مشاكل في التركيز خلال الدراسة.

2.1.3.2. الدراسات الأجنبية:

لقد قام يانج وآخرون (Yang et al., 2007) بدراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والمعالجين بعقار الميثايل فينيدات .

Health-related quality of life in methylphenidate-treated children with attention-deficit-hyperactivity disorder: results from a Taiwanese sample

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأطفال في سن المدرسة والمشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، والمعالجين بعقار الميثايل فينيدات ومقارنتهم بالأطفال الأصحاء على عينة تايوانية.

وتكونت عينة الدراسة من أطفال بعمر المدرسة تراوحت أعمارهم بين 6-15 سنة مشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وكانوا يتلقون العلاج بعقار الميثايل فينيدات، وكان مجموع العينة (119) طفل. وقد قورنوا بـ(129) طفل لا يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تم اختيارهم من المجتمع المحلي.

وقد تم استخدام مقياس Child Health Questionnaire PF-50 وذلك للتنبؤ وتحديد العلاقة بين نوعية الحياة وبين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد أظهرت النتائج أن نوعية الحياة لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والذين يتلقون العلاج بعقار الميثايل فينيدات كانت أسوأ من الأطفال الأصحاء في جميع الجوانب النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى أن مشاكل الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أثرت على أنشطه الأسرة وتماسكها بشكل كبير. علاوة على ذلك فإن استخدام عقار الميثايل فينيدات قد حسن من الأداء النفسي للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، إلا أن هذا التحسن كان مرتبط بالعمر، ومرتب بالعمر الذي تم فيه التشخيص، والعمر والمدة التي تم فيها استخدام العقار. ولم تكن مستقلة عن الأعراض النفسية الطبية الأخرى المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقام فيماير وآخرون (Wehmeier et al., 2007) بدراسة بعنوان فعالية عقار Atomoxetine ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كما يدركها المرضى، والآباء، والأطباء.

Effectiveness of atomoxetine and quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder as perceived by patients, parents, and physicians in an open label study.

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة فعالية عقار Atomoxetine ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كما يدركها المرضى أنفسهم والآباء، والأطباء. كما وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الصعوبات التي تتعلق باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كما يدركها المستجيبين.

وتكونت عينة الدراسة من 262 مريض عولجوا بعقار Atomoxetine وتراوحت أعمارهم بين 6-12 سنة، وعولجوا لمدة 24 أسبوع بعقار Atomoxetine بعيار (0.5 - 1.2) ملغ كلغ في اليوم.

وقد تم تقييم الصعوبات التي تعود لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بعد 8 و 24 أسبوع من العلاج. وقد تم استخدام مقياس *Global Impression of Perceived Difficulties (GIPD)* وتم تحديد الانسجام في وجهات النظر الثلاث باستخدام مقياس *Cohen's Kappa*. وقد أظهرت النتائج أن متوسط عيار *Atomoxetine* تراوحت بين (1.15-1.17) في اليوم. كما أظهرت النتائج إلى أن نوعية الحياة التي انعكست من درجة إدراك الصعوبات تحسنت بمرور الوقت، وكان التغيير الأكبر على مقياس *(GIPD)* في الأسبوعين الأوليين. أيضاً فإن الدرجة المدركة من قبل المرضى أنفسهم للصعوبات كانت أقل مقارنة مع الآباء والأطباء، وكان الاتفاق الأكبر في القياس بين الأطباء والآباء.

أما دراسة **جوهانسن وآخرون (Johansen et al., 2007)** فكانت بعنوان القيمة التنبؤية لأعراض ما بعد الصدمة على نوعية الحياة: دراسة طولية لضحايا الإصابات الجسدية نتيجة العنف اللامنزلي.

The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life : a longitudinal study of Physically injured victims of non domestic violence

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من نوعية الحياة والقيمة التنبؤية لأعراض ما بعد الصدمة لضحايا العنف اللامنزلي خلال فترة زمنية مدتها 12 شهراً. تكونت عينة الدراسة من مجموعة مكونة من 70 شخصاً، وقد تم تطبيق الأدوات وإعادة ثلاث مرات خلال فترة مدتها 12 شهراً، إذ تم تقييم الأعراض النفسية لما بعد الصدمة باستخدام مقياس تأثير الأحداث *Impact Event Scale* وذلك لقياس أعراض ما بعد الصدمة، والأداة الثانية هي مقياس *WHOQOL-BREF* لقياس نوعية الحياة والذي قاس الأبعاد التالية: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والمؤثرات البيئية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين ظهر لديهم أعراض ما بعد الصدمة سجلوا علامات أقل على أبعاد نوعية الحياة مثل الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية مقارنة مع الذين لا توجد لديهم أعراض ما بعد الصدمة.

و**دراسة كلانسن وآخرون (Klassen et al., 2006)** بعنوان الاتفاق بين الوالدين والطفل في تقييم نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كان الانسجام بين الأطفال وأولياء أمورهم يعود إلى عوامل ديموغرافية أو اجتماعية اقتصادية، أو عوامل إكلينيكية. كما وهدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان أولياء الأمور يقيمون نوعية الحياة لدى أطفالهم أفضل أو أسوأ من الأطفال أنفسهم. وقد تكونت عينة الدراسة من 58 طفل مشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وأولياء أمورهم. وقد تراوحت أعمار الأطفال بين 10-17 سنة، حولوا إلى عيادة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في كندا وذلك بين عام 2001-2002 .

وقد تم استخدام مقياس صحة الطفل CHQ وتعبئته من قبل الأطفال أنفسهم وأيضاً من قبل أولياء أمورهم. وقد تم مقارنة 8 أبعاد لنوعية الحياة وفقرة واحدة. وكانت معاملات الارتباط متوسطة لـ 5 أبعاد وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.40-0.50) وجيدة لـ 3 أبعاد وتراوحت بين (0.60-0.75) . وقد كانت نوعية الحياة كما سجلها الأطفال أفضل من نويهم في أربع مجالات وأسوأ في مجال واحد. وأشارت متوسطات الاستجابات إلى وجود فروق دالة في السلوك، والثقة بالذات، مقارنة مع العينة المعيارية عبر أغلب الأبعاد، فالأطفال سجلوا استجابات متشابهة للصحة.

وقد عزى الباحث الاختلاف والتناقض بين الآباء والأطفال إلى وجود اضطرابات مصاحبة مثل اضطراب السلوك أو ضغوطات نفسية واجتماعية، وزيادة في أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وخلصت الدراسة إلى أنه بالرغم من أن تقييم الفرد لنفسه مهم في استنباط بيانات مهمة حول نوعية الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، إلا أن النتائج أظهرت تناقضاً بين تقييم الآباء والأطفال أنفسهم.

وأجرى براساد وآخرون (Prasad, et al., 2006) دراسة بعنوان نوعية الحياة لدى الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والذين يقعون ضمن أدنى 5% من المجتمع

Quality of life of children with ADHD within the lowest 5% of the Population.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج الدوائي في علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وأثر ذلك على نوعية الحياة على عينة من الولايات المتحدة. وقد تكونت عينة الدراسة من 201 طفل مشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقد تم مقارنة الذين عولجوا بعقار Atomoxetine مع الذين عولجوا بعلاجات أخرى.

وقد طلب من الوالدين والأطفال أنفسهم الإجابة على مجموعة من الأسئلة عند بداية العلاج، وبعد 10 أسابيع من بدء تطبيق الدراسة.

وقد تم استخدام ثلاث استبانات تقيس نوعية الحياة، بالإضافة إلى مقياس صحة الطفل والبروفایل المرضي Child Health and Illness Profile .

وقد أظهرت نتائج التقييم الذي طبق بعد عشرة أسابيع من بدء الدراسة أن هناك تحسناً ملحوظاً في نوعية الحياة لدى الأطفال الذين عولجوا بعقار Atomoxetine وكان هذا العلاج أكثر فعالية في علاج أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد أظهرت النتائج أيضاً أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهروا نوعية حياة فقيرة/ضعيفة بشكل دراماتيكي مقارنة مع أقرانهم، وأظهرت النتائج وجود أثر سلبي على تقدير الذات لديهم وعلى التحصيل الأكاديمي، وعلى قدرتهم على عمل علاقات والتفاعل مع الآخرين. وأخيراً فقد أظهرت النتائج أن العلاج بعقار Atomoxetine يخفض من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويحسن من نوعية الحياة لديهم.

كما أجرى شنور وآخرون (Schnurr et al., 2006) دراسة بعنوان تحليل طولي للعلاقة بين أعراض ما بعد الصدمة ونوعية الحياة.

Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in Veterans treated for posttraumatic stress disorder

هدفت هذه الدراسة إلى فحص التغير في أعراض ما بعد الصدمة وعلاقته في تغير نوعية الحياة لدى عينة من الذكور في فيتنام.

وقد تكونت عينة الدراسة من 325 ذكر من فيتنام، يعانون من أعراض ما بعد الصدمة بشكل مزمن، وقد اختيروا بالطريقة العشوائية من مجموعات العلاج النفسي الجماعي.

وقد تم فحص العلاقة بين أعراض ما بعد الصدمة وبين نوعية الحياة المتعلقة بالأبعاد التالية: (الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية) أثناء تلقي العلاج، وبعد أن يتم معالجة أعراض ما بعد الصدمة وأثره على التغيير اللاحق في نوعية الحياة. وقد أظهرت النتائج أن هناك علاقة بين أعراض ما بعد الصدمة وانخفاض نوعية الحياة قبل العلاج. لقد كان هناك تأثير مترامز لتغيير الأعراض على التغيير في نوعية الحياة. كما أشارت الدراسة إلى أهمية إجراء دراسات مستقبلية أخرى عن نوعية الحياة لدى المعانين من أعراض ما بعد الصدمة.

أما ألكيك وآخرون (Allik et al., 2006) فقاموا بدراسة بعنوان نوعية الحياة الصحية لدى آباء أطفال المدارس المعانين من متلازمة الأسبرجر أو من اضطراب التوحد.

Health related quality of life in parents of school age children with asperger syndrome or high functioning autism

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جوانب نوعية الحياة الصحية لدى آباء الأطفال في عمر المدرسة والذين يعانون من التوحد أو أعراض الأسبرجر، وعلاقتها بسلوك الطفل وخصائصه. وقد تكونت عينة الدراسة من 31 أم و 32 أب لـ 32 طفل يعاني من أعراض الأسبرجر أو التوحد، و 30 أم و 29 أب لـ 32 طفل طبيعي.

وقد تم استخدام مقياس الآباء (SF-32) HRQOL والذي يقيس الرفاه الجسدي والنفسي للآباء. كما وتم تقييم السمات السلوكية للأطفال باستخدام مقياس الطفل التوحد (ASSQ) ومقياس القوة والصعوبات (SDQ).

وقد أظهرت النتائج أن أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد أو الأسبرجر سجلن انخفاضاً أكبر من مجموعة الآباء للأطفال الطبيعيين على بعد الصحة الجسدية.

وقد سجلت أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد والأسبرجر صحة جسدية أقل من آباء نفس الأطفال المعانين.

وفي مجموعة الأطفال الذين يعانون من التوحد أو الأسبرجر كانت صحة الأم على علاقة بالمشاكل السلوكية لدى الطفل مثل مشاكل فرط الحركة، وفي الانضباط، والمشاكل الأخلاقية.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن أمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد أو أعراض الأسبرجر دون الآباء سجلن إعاقة في نوعية الحياة الصحية لديهن، وقد كانت هناك علاقة بين صحة الأم والسمات السلوكية للطفل.

وأجرى وان وآخرون (Woan et al., 2006) دراسة بعنوان نوعية الحياة في الاكتئاب:

Quality of life in depression: predictive models

هدفت هذه الدراسة إلى قياس العوامل التي تتنبأ بنوعية الحياة لدى المرضى المقيمين والمصابين باضطراب الاكتئاب. وقد تكونت عينة الدراسة من 38 مريضاً بأعمار بلغ متوسطها 44. 73% من الإناث، تم اختيارهم من مركز لمعالجة الأمراض النفسية في شمال تايوان. وقد تمثلت العوامل التنبؤية بالمتغيرات الإكلينيكية، والخصائص الديموغرافية، وإدراك الكفاءة. وقد تم استخدام مقياس WHOQOL - BREF كما تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد للكشف عن العوامل التي كان لها أكبر الأثر في النتائج.

وقد أشارت النتائج إلى أن هناك خمس نماذج للأبعاد المختلفة لنوعية الحياة. وقد تضمنت المتغيرات التنبؤية في النموذج النهائي لقياس نوعية الحياة :

- قائمة بيك للقلق
- مقياس الانجاز الوظيفي - مقياس للرضا
- مقياس تقييم الذات الوظيفي (البعد الجسمي من نموذج نوعية الحياة).
- قائمة بيك المعدل
- قائمة نشاطات الحياة اليومية، هذه المقاييس كانت من شأنها أن تتنبأ بنوعية الحياة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنه قائمة بيك للاكتئاب المعدلة والعمر على صعيد البعد النفسي كانت عوامل تنبؤية. أما قائمة بيك المعدلة للاكتئاب، وقائمة بيك للقلق، وقائمة التقييم الذاتي الوظيفي والبيئي كانت المتنبئة بالبعد الاجتماعي لنوعية الحياة. وأخيراً فإن قائمة بيك المعدلة للاكتئاب، والعمر، وقائمة التقييم الذاتي الوظيفي والبيئي، كانت المتنبئة بالبعد البيئي لنوعية الحياة. كما أظهرت النتائج أن المتغيرات المدركة لنوعية الحياة لمرضى الاكتئاب تشير إلى أن التدخل بالعلاج الوظيفي هو الأفضل.

أما دراسة ماتسا وآخرون (Matza et al., 2005) فكانت بعنوان الصدق السيكومتري لمقياس صحة الطفل (CHQ) على عينة من الأطفال والمراهقين المعانين من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

Psychometric validation of the child health questionnaire (CHQ) in a sample of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder

هدفت هذه الدراسة الى التأكد من الصدق السيكومتري لمقياس صحة الطفل CHQ-PF-50 على عينة من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وتكونت عينة الدراسة من 921 طفل ومراهق يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وقد شارك الوالدان بإكمال تعبئة مقياس صحة الطفل عند بداية العلاج وبعد عشرة أسابيع . كما تم قياس أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والمشاكل السلوكية باستخدام مقاييس معدة للوالدين والمختصين.

وقد أظهرت النتائج أن صدق الاتساق الداخلي عند بداية العلاج بلغ 0.88 لمقياس CHQ-PF-50، وتراوح Psychological Summary Score بين 0.53-0.91 وذلك على المقاييس الفرعية.

وأشارت نتائج الدراسة الى أن CHQ-PF-50 هو مقياس صادق وثابت، ويستجيب للتغير في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. ويمكن استخدامه لقياس نتائج نوعية الحياة الصحية المتعلقة بعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وأجرى برود وآخرون (Brod et al., 2005) دراسة بعنوان التحقق من صدق مقياس نوعية الحياة للراشدين الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (AAQOL) فقد ازدادت الدلائل بوجود أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة الرشد والتي تكون مرتبطة باستمرار العجز أو ظهور أعراض أخرى مصاحبة، في الوقت الذي لا يوجد فيه مقاييس مخصصة وصادقة لقياس أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتأثيرها على نوعية الحياة لديهم. وللوقوف عند هذه الفجوة، تم تطوير مقياس الـ (AAQOL)، إذ هدفت هذه الدراسة الى التحقق من صدق هذا المقياس .

وقد تكونت عينة الدراسة من 989 راشد، تم دراستهم دراسة استرجاعية. وقد أظهرت النتائج أن مقياس (AAQOL) ذو (29) فقرة وأربعة أبعاد (الإنتاجية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، وشكل الحياة بشكل عام) وهو مقياس صادق، وقد كان الاتساق

الداخلي ملائماً، حيث بلغ 0.93 على الدرجة الكلية، وتراوح من 0.75-0.93 على الأبعاد. وقد خلصت الدراسة إلى أن مقياس (AAQOL) هو مقياس صادق ويمكن استخدامه في الدراسات المستقبلية.

وقام كلانسن وآخرون (Klassen et al., 2004) بدراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأطفال والمراهقين المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

Health related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder

هدفت هذه الدراسة إلى قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على عينة من الأطفال المترددين على العيادات والذين تم تشخيصهم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، والنظر في تأثير العوامل السريرية، وشدة الأعراض، ومصاحبة أمراض سيكاترية (نفسية طبية) أخرى على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديهم.

تكونت عينة الدراسة من 165 طفل من أصل 259 أجابوا على الاستبيان بنسبة (63.7%) والذين حولوا إلى عيادة متخصصة في تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه خلال 2002/2001. وكانت العينة تمثل جميع خصائص المجتمع. وقد تم تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في 131 طفل، 68.7% منهم من كان لديهم اضطراب سيكاتري (نفسى طبي) مصاحب لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد تم استخدام مقياس صحة الطفل Child Health Questionnaire المخصص للوالدين، وتم قياس الجانب النفس اجتماعي، والجانب الانفعالي، والجانب الفسيولوجي.

وقد أظهرت النتائج أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه له تأثير على نوعية الحياة الصحية من عدة جوانب على الأطفال والمراهقين. فقد أظهر تقرير الوالدين أن الأطفال لديهم اضطراب من النواحي العاطفية، والصحة النفسية، والثقة بالذات، مقارنة بالأطفال العاديين. كما أن الأطفال الذين شخصوا باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كان لهم تأثير دال على الصحة الانفعالية للوالدين، وتأثر وقت الأهل في تأدية حاجياتهم الشخصية، وكان أيضاً له تأثير على العلاقات في الأسرة، وعلى تماسك الأسرة. كما أن الأطفال المشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كان لديهم نوعية حياة نفس اجتماعية سيئة، كما أن الأطفال الذين شخصوا باضطراب

سيكاتري(نفسى طبي) متعدد كانوا أكثر فقراً من ناحية الصحة النفس اجتماعية من الأطفال الذين شخصوا باضطراب سيكاتري واحد مصاحب لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما ماتسا وآخرون (Matza et al., 2004) فقد درسوا العلاقة بين نوعية الحياة الصحية والأعراض السريرية لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والأعراض السريرية لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وتكونت عينة الدراسة من 297 طفل ومراهق ممن يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والذين اختيروا بالطريقة العشوائية، ومجموعة ضابطة تتناول البلاسيبو. وقد جُمعت النتائج خلال ثمانية أسابيع.

وتم قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمقياس Child Health Questionnaire PF-50، وقياس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD بمقياس DSM-IV، ومقياس شدة فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD- Parent Version and Clinical Global Impressions- Severity. وقد أشارت النتائج إلى وجود ارتباط سالب بين المجال النفس اجتماعي الذي قاسه مقياس نوعية الحياة المتعلق بالصحة، وبين المقاييس الإكلينيكية. وقد أشارت النتائج إلى أن التحسن في الأعراض السريرية كان مرتبطاً مع ما يقابله من تحسن في الجوانب النفسية والاجتماعية. كما استنتج من النتائج أن مقاييس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة يمكن أن تضيف معلومات مهمة عن فعالية المقاييس السريرية في إطار التجارب السريرية لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقام بروين وآخرون (Perwien, et al., 2004) بدراسة حول التحسن في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأطفال الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه.

Improvement in health-related quality of life in children with ADHD

هدفت هذه الدراسة إلى فحص تأثير الـ Atomoxetine في علاج فرط الحركة وتشتت الانتباه على نوعية الحياة ، والتعرف على العوامل التي تؤكد على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة. لقد جمعت البيانات باستخدام مقياس Child Health Questionnaire. وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين عولجوا بـ Atomoxetine أظهروا تحسن دال في الوظائف النفس اجتماعية مقارنة بمجموعة الأطفال الذين تلقوا البلاسيبو، ولم تكن هناك فروق دالة بين أخذ الجرعات مرة في اليوم أو مرتين في اليوم. إن استخدام الـ Atomoxetine ، وتدني نوعية حياة الأطفال، وعدم وجود تاريخ لتناول المنشطات، وكذلك عدم وجود اضطراب في السلوك، جميعها كانت مرتبطة بتحسن الوظائف النفس اجتماعية. واستنتجت الدراسة أن هناك أثر إيجابي لتناول عقار الـ Atomoxetine على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة للأطفال الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما نوربي وآخرون (Norrby, et al., 2003) فقد قاموا بدراسة بعنوان صدق وثبات النسخة السويدية لمقياس صحة الطفل .

Reliability and validity of the Swedish version of child health questionnaire.

إن مقياس صحة الطفل CHQ هو مقياس أمريكي يستخدم لتقييم الحالة الصحية الجسدية والنفس اجتماعية للأطفال. وهناك مقياسين لصحة الطفل: الأول يقيم الحالة الجسدية والنفس اجتماعية من قبل الأطفال أنفسهم ويسمى CHQ-CF، والثاني مقياس صحة الطفل (نموذج الوالدين) ويسمى CHQ-PF.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد صدق وثبات مقياس صحة الطفل بفرعيه على عينة أطفال سويديين يعانون من التهاب المفاصل المزمن.

وقد تكونت عينة الدراسة من 199 طفل سويدي في الفئة العمرية بين (9-16) عاماً وذويهم. وكان الأطفال أفراد العينة مشخصين بالأزما، والتهاب المفاصل المزمن، وقصر القامة.

وقد تم استخدام مقياس صحة الطفل بفرعيه CHQ-CF و CHQ-PF. وتم استخدام مقياس CHAQ وذلك لفحص صدق البناء مع مقياس CHQ.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن معامل الثبات كرونباخ الفا تراوح بين 0.86 و 0.94 لأبعاد مقياس CHQ-CF وبين 0.69, 0.94 لمقياس CHQ-PF، وقد كانت النتائج دالة عند مستوى 0.001 على سبعة أبعاد من مقياس CHQ-CF وعلى مقياس تصنيفات CHAQ وكانت الارتباطات قوية

على البعد الجسمي. كما وكان هناك دلائل تشير إلى صدق المقياس من خلال وجود ارتباط دال عند مستوى 0.01 بين مقياس صحة الطفل CHQ ومتغيرات المرض. وقد كانت الارتباطات بين استجابات الوالدين والأطفال تتراوح بين 0.366 و 0.786 . وقد تبين أن مقياس صحة الطفل CHQ بأنه مقياس صادق وثابت للأطفال الذين يعانون من التهاب المفاصل المزمن وذويهم. وقد أوصى الباحثون بأنه من المستحسن أن يسأل الأطفال أنفسهم عن إدراكهم لحالتهم الصحية ونوعية حياتهم.

ودراسة لاندرغراف وآخرون (Landgraf et al., 2002) بعنوان قياس نوعية الحياة لدى الأطفال المعانين من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وأسرهم

Measuring quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder and their families

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الخصائص السيكومترية لمقياس جديد للوالدين، والذي يقيس أثر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على رفاه الأطفال اليومي وأسرهم. وقد استخدم طريقة البريد الخارج- البريد الداخل في توزيع وجمع الاستبانات. وقد تم اختيار عينة الدراسة من سجل العيادات الخارجية للبرنامج السلوكي التطويري في مشفى للأطفال. وكان جميع الأطفال عينة الدراسة يتلقون علاجاً دوائياً لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وقد تم جمع البيانات من 81 طفلاً، 60 منهم بنسبة (74%) كانوا ذكوراً. 50% من أفراد العينة كان لديهم تشتت في الانتباه ADD و 50% منهم كان لديهم فرط حركة وتشتت انتباه ADHD. وقد كان 70 من الأطفال أفراد العينة بنسبة (86%) مشخصين منذ عام أو أكثر، و 69 طفلاً من أفراد العينة بنسبة (89%) سجلوا بأنهم تلقوا علاجاً دوائياً. وقد استخدم مقياس مصمم خصيصاً لقياس أثر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على الرفاه الاجتماعي والانفعالي للأطفال. واسم المقياس

The ADHD Impact Module/HEALTHACT, Bosten Mass

ويتكون المقياس من مقياس الطفل (8 فقرات) ومقياس الوالدين (10 فقرات). وقد كان ميزان الإجابة على المقياسين من صفر - 100، وتشير العلامة المرتفعة إلى نوعية حياة جيدة.

وقد أشارت النتائج إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية للذين يعانون من تشتت الانتباه مقابل الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه. وهذه الفروق كانت في كلا المقياسين لصالح الذين يعانون من تشتت الانتباه ADD .

وقد خلصت الدراسة إلى أن مقياس تأثير فرط الحركة وتشتت الانتباه لديه خصائص سيكومترية جيدة، إلا أن البحث يوصي بعمل أنواع صدق وثبات إضافية وذلك لتحسين المقياس، رغم أن الدلائل في هذه الدراسة أشارت إلى أن هذا المقياس مقياس جيد وواعد.

وأجرت كارون وآخرون (Caron, et al., 1998) دراسة بعنوان عناصر الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى شديدي المرض النفسي، وذوي الدخل المنخفض ومجموعة من المجتمع.

Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group

وهدفت هذه الدراسة الى تقييم الرضا عن الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى الراشدين شديدي المرض النفسي.

وقد تكونت عينة الدراسة من 60 مريض نفسي، و 79 من متلقي خدمات الدعم الاجتماعي، و 266 فرد من السكان العاديين. وقد تم استخدام مقياس Social provision Scale (SPS) ومقياس الرضا عن أبعاد الحياة Satisfaction with life Domains .

وقد أظهرت النتائج أن المرضى النفسيين سجلوا رضا أقل من الأفراد العاديين على جميع عناصر الدعم الاجتماعي، وكان لديهم مستوى رضا مقارب للذين يتلقون خدمات الدعم الاجتماعي في أغلب العناصر ما عدا الاندماج العاطفي وفرص الرعاية والاحتضان. ومع ذلك فقد كان رضا المرضى النفسيين عن نوعية حياتهم شبيه بأفراد المجتمع العاديين، وكان أعلى من متلقي الخدمات الاجتماعية على بعض الأبعاد. وقد كان رضاهم المنخفض على البعد الشخصي العاطفي يتعلق بخلل في الدعم الاجتماعي المقدم لهم. وكل عناصر الدعم الاجتماعي كانت تتعلق بنوعية الحياة في مجموعة الأفراد العاديين. والتعلق والطمأنينة كانت دالة للمرضى النفسيين، لكن التعلق لم يكن يتعلق بنوعية الحياة لدى المجموعة التي كانت تتلقى الدعم الاجتماعي.

وأجريت ميرسر وآخرون (Mercier, et al., 1998) دراسة بعنوان العمر والجنس ونوعية الحياة

Age, gender and quality of life

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على أثر العمر والجنس على نوعية الحياة الذاتية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية شديدة ودائمة. وتكونت عينة الدراسة من 95 رجل و 70 امرأة تم تقييم نوعية الحياة الذاتية لديهم. باستخدام مقياس الرضا عن الحياة متعدد الأبعاد (SLDS) وخمس أسئلة مفتوحة. وقد أظهرت نتائج التحليل الاحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث في نوعية الحياة، وقد كان العمر على علاقة بمستوى الرضا لدى أفراد العينة كبار السن، حيث ظهر أنهم أكثر رضاً عن حياتهم من أفراد العينة الأصغر سناً. وأظهرت نتائج تحليل الأسئلة المفتوحة الى أن عدداً أقل من كبار السن أظهروا أن لديهم قلق ورغبة في التغيير، وأنهم يخططون لمستقبلهم. وهذه النتائج نوقشت بعلاقتها وارتباطها بنوعية الحياة الذاتية ومستوى الطموح، وعملية التأهيل التي يخضعون لها.

2.3.2. المحور الثاني: الدراسات التي تتعلق باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

1.2.3.2. الدراسات العربية:

دراسة ثابت وآخرون (Thabet et al., 2008) بعنوان أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال فلسطين.

Attention deficit-hyperactivity symptoms among Palestinian children

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال فلسطين في الفئة العمرية بين (6-15) سنة، والذين تم تقييمهم من قبل الوالدين والمعلمين. وتكونت عينة الدراسة من 368 طفل في الفئة العمرية (6-15) سنة، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، من 15 مدرسة وكالة، و 8 مدارس من محافظة بيت لحم ومنطقة القدس الشرقية. فقد تم اختيار 16 طفل من كل مدرسة، و 349 والد طفل (جميعهم من الأمهات). وتم استخدام مقياس DSM-IV ، ومقياس القوة والصعوبة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك اتفاقاً كبيراً بين الوالدين والأمهات أن 4.3% من الأطفال سجلوا معدلات مرتفعة على كلا المقياسين. كما أن جنس الطالب (الذكور، وحجم العائلة، والعيش في المناطق الفقيرة كانت مرتبطة بوجود أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

وأجرت الخشرمي (2007) دراسة بعنوان العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم.

هدفت هذه الدراسة إلى تقديم تصور واضح حول المظاهر التعليمية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وعلاقتها بصعوبات التعليم الأكاديمية والنمائية. ولتحقيق ذلك فقد عملت الباحثة على مراجعة بعض الأدبيات والدراسات الحديثة التي تناولت هذا الموضوع من زوايا متعددة. وقد ركزت الدراسة على تحديد الخصائص التعليمية بصورها المختلفة، والاستراتيجيات التربوية المقترحة للتعامل مع تلك الخصائص لتحسين أداء الطلاب الأكاديمي.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن الصعوبات التعليمية للطلاب الذين لديهم أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه تتركز على جوانب رئيسة، مرتبطة بالقراءة والكتابة والاستيعاب القرائي والفهم، بالإضافة إلى مشكلات في مادة الرياضيات، وتظهر الصعوبات النمائية بشكل واضح لدى هذه الفئة من الأطفال مثل مشكلات الذاكرة والانتباه وتقدير الوقت وتحديد الأهداف والعمل على تحفيز الذات لتحقيق الأهداف. وأفادت نتائج تحليل الدراسات السابقة بأن استخدام الأدوات التعليمية المجسمة والوسائل السمعية والبصرية يؤثران بشكل كبير في تحسين التعلم لهذه الفئة، كما أن توظيف أسلوب القصة واللعب يساهم في زيادة الانتباه للمادة العلمية، وقد أكدت النتائج أيضا على أن تدريب الذاكرة البصرية والسمعية باستخدام الألعاب التعليمية وبرامج الكمبيوتر يفيد هؤلاء الطلاب إلى حد كبير. ولحل مشكلة عدم القدرة على تقدير الوقت لدى هؤلاء الأطفال فقد اقترحت الدراسات السابقة استخدام وسائل تنظيمية لمتابعة الوقت مثل البطاقات وساعات التوقيت وتذكير الطفل بالوقت المحدد واختصار الجهد المطلوب ليتمكن الطالب من أداء المطلوب منه. وقد حثت الدراسات على أهمية تدريب المعلمين على الاستراتيجيات المناسبة لتعليم هؤلاء التلاميذ وتعديل سلوكهم، من خلال الاستراتيجيات الإيجابية الفعالة كالحوافز وكلفة الاستجابة، وكذلك الاستعانة بالأقران في الفصل لتدريب زملاء ممن لديهم فرط حركة وتشتت الانتباه.

أما ثابت وآخرون (Thabet et al., 2006) فقد أجروا دراسة بعنوان انتشار أعراض ما بعد الصدمة وفرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال الفلسطينيين في غزة والضفة الغربية.

Prevalence of PTSD and ADHD among Palestinian children in the Gaza Strip and West Bank

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار أعراض ما بعد الصدمة، وفرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال الذين يعيشون في منطقة الحرب والصراع في قطاع غزة والضفة الغربية، والعلاقة بين أعراض ما بعد الصدمة، وفرط الحركة وتشتت الانتباه.

لقد تم اختيار عينة عشوائية من 200 طفل في 15 مدرسة تابعة لوكالة الغوث في غزة (الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ووكالة الغوث) و 150 طفلاً من 8 مدارس من بيت لحم والقدس الشرقية. تراوحت أعمار الأطفال ما بين 6-15 سنة. تتراوح أعمار الأطفال في غزة ما بين (6-13 عاماً) بمتوسط حسابي = 9.49، وانحراف معياري = 2.2. وفي الضفة الغربية تراوح عمر الأطفال بين (9-15 عاماً) بمتوسط حسابي 10.05، وانحراف معياري 1.6.

وقد تم استخدام كل من استبانة Gaza Traumatic Events Checklist، و Impact of Event Scale diagnosis of ADHD، في حين أن الآباء والمعلمين قاموا بتعبئة مقياس DSM-IV وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال الفلسطينيين لا يزالون يعانون شتى الأحداث الصادمة التي تؤدي إلى أعراض نفسية منها التوتر وفرط الحركة وتشتت الانتباه. وهناك ضرورة لوضع برنامج للتعامل مع الأطفال الذين شخصوا على أنهم يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه بسبب الإجهاد والصدمات البيئية. وإطلاق حملة توعية عامة لبيان اثر الصدمة على الأطفال ورفاههم، إذ يجب التركيز على المدارس، ونوادي الشباب، والمجتمع.

أما عبد الباري وآخرون (Abdulbari et al., 2006) فقد قاموا بدراسة بعنوان انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية في مجتمع عربي.

The prevalence of ADHD among primary school children in an arabian society

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية في دولة قطر. وقد أجريت دراسة وصفية مستعرضة طبقت خلال عام 2004-2005. وتكونت عينة الدراسة من 2000 طفل من المرحلة الابتدائية في الفئة العمرية المتراوحة ما بين 6-12 سنة، وقد وافق 1541 طفل على المشاركة في هذه الدراسة بنسبة (77.1%). وقد تكونت عينة الدراسة من (51.7%) من الذكور و (48.3%) من الإناث.

وقد استخدم في تطبيق الدراسة مقياس كونرز المقنن إلى اللغة العربية Connors' Classroom . Rating Scale for ADHD symptoms

وقد أشارت النتائج إلى أن 112 طفل من الذكور بنسبة (14.1%) و 33 فتاة بنسبة (4.4%) أظهروا أعراض فوق الحد الطبيعي لأعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه . وكانت نسبة انتشار فرط الحركة وتشتت الانتباه الكلية (9.4%) . كما أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين سجلوا ارتفاعاً في أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهروا تحصيلاً أكاديمياً أضعف من أولئك الذين كانت الأعراض لديهم منخفضة.

وخلصت الدراسة إلى نتيجة أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو اضطراب شائع لدى أطفال المدارس في قطر.

وأعد المطيري (2005) دراسة بعنوان دراسة اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط في علاقته بالمشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت.

وهدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين قصور الانتباه وفرط النشاط وبين المشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، كما هدفت هذه الدراسة إلى توفير خلفية نظرية عن اضطراب الانتباه والسلوك العدواني والسلوك الاجتماعي والدافع للدراسة، كما هدفت إلى دراسة الفروق بين تقديرات المدرسين وأولياء أمور الطلبة. والتعرف على الفروق بين الصفوف الدراسية الأول والثاني والثالث والرابع الابتدائي في اضطراب الانتباه كما التعرف على أكثر المشكلات السلوكية ارتباطاً باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وتكونت عينة الدراسة من 273 طالباً من طلبة المرحلة الابتدائية في فصولها الأربعة (الأول، الثاني، الثالث، الرابع) ست مدارس في منطقة الفورانية التعليمية، ومدرستان من منطقة الجهراء التعليمية. وتم اختيار الطلبة من قبل مدرسين من ذوي الخبرة في مجال التربية والتعليم في المرحلة الابتدائية، وقد تم ضبط متغير الجنس فقد كان جميع أفراد العينة من الذكور والتي تراوحت أعمارهم ما بين 6-12 سنة.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الصفوف الدراسية في تشخيص درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وأن الفروق بين تقديرات المدرسين وأولياء الأمور لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غير دالة إحصائياً.

وقد خرجت هذه الدراسة بعدة توصيات منها: إعداد دورات خاصة لتدريب المرشدين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأولياء الأمور في كيفية التعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. كما أوصت الدراسة بإعداد برامج إرشادية وعلاجية للتخفيف من حدة فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما محمد (2005) فقد قام بدراسة بعنوان سمات الشخصية والنشاط الزائد لدى كل من الأطفال المتخلفين عقلياً وذوي صعوبات التعلم والمتفوقين دراسياً والعاديين.

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق في سمات الشخصية بين الأطفال المتخلفين عقلياً، وذوي صعوبات التعلم، والمتفوقين دراسياً والعاديين. وهدفت أيضاً إلى التعرف على الفروق في سمات الشخصية بين الذكور والإناث، كما هدفت أيضاً إلى التعرف على الفروق في النشاط الزائد بين الأطفال المتخلفين عقلياً وذوي صعوبات التعلم والمتفوقين دراسياً والعاديين، أيضاً هدفت إلى التعرف على الفروق في النشاط الزائد بين الذكور والإناث. وأخيراً هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين سمات الشخصية والنشاط الزائد.

وتكونت عينة الدراسة من (400) طفل وطفلة من مدارس الدمج بالمرحلة الابتدائية بمدينة الرياض بالسعودية موزعين على أربع مجموعات بالتساوي، كل مجموعة (100) طفل وطفلة (50) ذكور و(50) إناث، وتراوحت أعمارهم ما بين (9-13) سنة.

واستخدم الباحث لتطبيق الدراسة استبيان تقدير سمات الشخصية لدى الأطفال من إعداد (زيجلر Zigler) ذو السبعة أبعاد ويتكون هذا الاختبار من (37) فقرة موزعة على السبعة أبعاد.

وتشير نتائج الدراسة إلى أن هناك فروق دالة إحصائياً بين المتفوقين دراسياً والعاديين لصالح المتفوقين دراسياً في كل من أبعاد استبيان الشخصية. كما أن هناك فروق جوهرية بين درجات أفراد مجموعات الدراسة الأربع في الدرجة الكلية لمقياس النشاط الزائد، وأظهرت النتائج أن هناك فروق دالة إحصائياً بين المتفوقين دراسياً والعاديين لصالح المتفوقين دراسياً في كل أبعاد مقياس النشاط الزائد الآتية: سرعة تشتت الانتباه، الحركة الزائدة، والاندفاعية، والعدوانية، وافتقاد العلاقات الاجتماعية عند مستوى (0.01).

كما كان هناك فروق دالة إحصائياً بين المتفوقين دراسياً وذوي صعوبات التعلم لصالح ذوي صعوبات التعلم في كل من أبعاد مقياس النشاط الزائد سرعة تشتت الانتباه، الحركة الزائدة، والاندفاعية، والعدوانية، وافتقاد العلاقات الاجتماعية عند مستوى (0.01).

وسعت دراسة مهدي (2004) بعنوان اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه عند الأطفال وطلاب المدارس ومعاناة الأسر من ذلك، إلى التعرف على العلاقة بين فرط النشاط عند الأطفال، وبين تشتت الانتباه لديهم، وما مدى هذه العلاقة؟ كما هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أفراد الأسرة داخل الأسرة، وزيادة فرط الحركة وتشتت الانتباه، والعلاقة بين ذلك والتحصيل الدراسي للطالب، وبناء شخصيته وعدم تكاملها من جميع النواحي المختلفة (الروحية، والخلقية، والعقلية، والنفسية، والجسمية، والاجتماعية). كما هدفت إلى التعرف على أهمية تعاون الأسرة مع المدرسة في معرفة نشاط ابنهم داخل المدرسة، وما السلوكيات التي يظهرها الطفل داخل المدرسة. أيضاً هدفت إلى التعرف على أهمية تعاون المرشد الطلابي في المدرسة مع الأسرة في إخبارهم بسلوك ابنهم ونشاطه الزائد داخل المدرسة، وما مدى تأثير ذلك النشاط على انتباهه لدروسه داخل الفصل الدراسي. وهل يشركه في الأنشطة المدرسية المختلفة. والتعرف على مدى إظهار الطالب لنشاطه باستمرار، أم خلال حصص ودروس معينة، والتعرف على إسهام أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة في التقليل من نشاط الطالب الزائد، وتوجيهه لاستغلال ذلك النشاط في المذاكرة والمراجعة والقراءة وما ينفج. وأخيراً التعرف على السلوكيات التخريبية التي يقوم بها الطلاب أصحاب النشاط الزائد تجاه ممتلكات المدرسة وممتلكات زملائهم.

تكونت عينة الدراسة من (20) معلماً، و(20) أباً، وبعض الآباء (معلمين) و بعضهم موظفين (أي يعملون أعمال خاصة أو حرة)، و(20) أمًا، وبعضهن معلمات، وبعضهن ممرضات (أي عاملات أو موظفات) وبعضهن ربوات بيوت (متعلمات ولكن لا يعملن). وقد استخدم الباحث استبانة مكونة من (26) فقرة موزعة على ثمانية محاور.

وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي: أن لفرط الحركة علاقة بتشتت الانتباه عند الأطفال والتلاميذ والطلاب، وله تأثير على المستوى التحصيلي الدراسي، وأن لسوء العلاقة بين أفراد الأسرة أثر في فرط الحركة، وأن شخصية الطفل تتأثر بفعل فرط الحركة.

كما وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المرشد الطلابي بالمدرسة يقدم خدمات جليلة لتلك الفئة، كما أن النشاط الزائد يتم في حصص ودروس معينة. وأن أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة لهم مساهمة إيجابية، ويلاحظون تشتت انتباه الطالب المتسم بفرط الحركة. كما ولوحظ أن الطفل لا يقوم بالواجبات الدراسية والمنزلية كما ينبغي، وأن التخريب يطال بعض ممتلكات زملائه، وممتلكات المدرسة، وأن الأسر تعاني من فرط نشاط أبنائها. كما أن الأسر تعاني من الابن المتسم بالنشاط

الزائد وأشاروا الى أنهم يتلفون بعض الممتلكات، ويسبب لهم قلة الراحة والاستقرار، ومشكلات مع الأسر المجاورة .

كما وأوصى الباحث بأنه ينبغي أن تكون هناك أسس وقواعد للتخفيف من فرط الحركة، وأن يكون هناك تعاون بين الأسرة والمدرسة لمتابعة نشاط الطلاب،

أما دراسة إبراهيم (2003) فكانت بعنوان اضطراب عجز الانتباه وفرط النشاط وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية وسمات الشخصية، فهدفت الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه وبعض المتغيرات الديموغرافية وسمات الشخصية لدى عينة من أطفال الكويت من تلاميذ وتلميذات الصف الرابع الابتدائي. وقد اشتملت العينة على 376 تلميذاً (224) من الذكور و (152) من الإناث. وطبقت في هذه الدراسة أربعة مقاييس رئيسية وهي: مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال، ومقياس الاكتئاب للأطفال، مقياس العصابية لأيزنك، ومقياس القلق للأطفال.

وأشارت نتائج الدراسة إلى حصول الذكور على درجات أعلى من الإناث على مقياس اضطراب ضعف الانتباه، كما أنهم أميل إلى الكآبة من الإناث على مقياس اكتئاب الأطفال، وكان الأكبر في العمر أكثر ضعفاً في الانتباه، بينما كان الأصغر أقل تركيزاً وأكثر شعوراً بالوحدة على أبعاد مقياس الاكتئاب كما كانوا أكثر قلقاً. الطفل الأخير في الأسرة كان أقل شعوراً بالمتعة وأكثر تعباً من الطفل الأول على أبعاد مقياس الاكتئاب. وكانت محافظة العاصمة التعليمية أقل المحافظات تأثراً باضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه، وبالاكتئاب، والعصابية، والقلق، مقارنة بالمحافظات التعليمية الأخرى. وقد كانت جميع الارتباطات ايجابية ودالة إحصائياً بين جميع المقاييس الرئيسية المستخدمة في الدراسة.

وخرجت الدراسة بعدد من التوصيات الإجرائية في سبيل التقليل من ظهور اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه، ومحاولة عدم تعريض الأطفال لمواقف سلوكية تساعد على ظهور أعراض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال مثل حالات الاكتئاب والعصابية والقلق.

وأجرت الحيدر(2003) دراسة بعنوان معالجة فرط الحركة وتشنت الانتباه والأمراض المصاحبة في المملكة العربية السعودية

Co-morbidity and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in Saudi Arabia

هدفت هذه الدراسة إلى استعراض الخبرات المستفادة من عيادة الطب النفسي للأطفال حول معالجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والأمراض التي تصاحبه. وقد تكونت عينة الدراسة من 416 طفل أدخلوا إلى عيادة الطب النفسي للتشخيص والعلاج. وقد أجريت الدراسة على مرضى تقل أعمارهم عن 19 عاماً، وشخصوا على أنهم مصابون باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لمعرفة خصائص المعالجة وخصائص الأمراض المصاحبة. وقد لوحظ أن هذا الاضطراب شخص لدى 25.5% من المرضى، ومن هؤلاء كان 28.3% يعانون من اضطراب مصاحب في التعبير اللغوي، في حين كان 38.7% يعانون من تخلف عقلي طفيف، وقد تم وصف علاج دوائي (ميثيل فينيدات) في 23.6% من الحالات، ومضاد للاكتئاب ل 35.9% من الحالات. أما المعالجة السلوكية فكانت الأكثر شيوعاً. كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن استخدام مضادات الاكتئاب كان أكثر شيوعاً من استخدام المنبه النفسي (الفيينايل فينيدات)، واتضح أن المعالجة بالأدوية المضادة للاكتئاب كان لها فائدة وتأثير أكبر من المعالجة النفسية.

2.2.3.2 الدراسات الأجنبية

لقد قامت ميرندا وآخرون (Miranda et al., 2006) دراسة بعنوان التدخل داخل إطار المدرسة للأطفال الذين يعانون من فرط الحركة وتشتت الانتباه.

Interventions in school settings for students with ADHD

هدفت هذه الدراسة إلى مراجعة 16 دراسة للتدخل في حالة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه داخل إطار المدرسة خلال العشر سنوات الأخيرة، وتضمنت بعض هذه الدراسات تدخلات بسيطة واستخدم بعضها الآخر تدخل متعدد النماذج والتي تضمنت تقنيات مختلفة.

وأظهرت النتائج أن التدخل المستخدم في المدارس لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه هو علاج قصير ومؤقت، وفعال فقط في التخفيف من السلوك غير السوي وتحسين السلوك الأدائي والإنجاز

والتحصيل الأكاديمي. إلا أن النتائج أظهرت عدم إمكانية تعميم السلوك المتعلم إلى مواقف حياته أخرى.

ولمعرفة نتائج التدخل متعدد النماذج في علاج فرط الحركة وتشتت الانتباه، أجريت دراسة لمقارنة فاعلية العلاج السلوكي، بالإجراءات الطبية، وبالعلاج السلوكي والإجراءات الطبية معاً ومقارنتها بمجموعة ضابطة.

وأظهرت النتائج أن التدخل المتعدد النماذج هو من أكثر النماذج فاعلية لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه، والذي عادة ما يتضمن العلاج الدوائي بالإضافة إلى برامج لتأهيل الوالدين، وتدخل داخل المدرسة وتدخل مباشر مع الطفل.

وقام أورترز وتوماسيني (Ortiz & Tomasini, 2006) بدراسة بعنوان الاختلاف في طريقة الآباء والمعلمين في تحديد أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال المكسيكيين

Differences in the way parents and teachers identify the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in Mexican children

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الاختلافات في كيفية تشخيص الآباء والمعلمين لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال المكسيكيين.

وتكونت عينة الدراسة من 13 معلماً (12 معلمة) (ومعلم ذكر 1)، جميعهم علموا في الثلاثة صفوف الأولى من المدرسة الابتدائية، وشاركت 139 أماً من أمهات الأطفال، تراوحت أعمارهن بين 21 و 58 عاماً. جميعهم أجابوا على مقياس Conners ل 139 طفل، وتم تعبئة المقياس بشكل فردي مع الأمهات وأيضاً في مجموعة مع احد المعلمين.

لقد اعتبر الآباء والمعلمين مصادر موثوقة لتحديد (ADHD) لدى الأطفال، وقد استخدم مقياس conners لهذا الغرض.

وقد خرجت الدراسة بالنتائج والاستنتاجات الآتية: إن المعلمين والأمهات شخصوا وجود اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الذكور أكثر منه لدى الإناث، وخاصة في الصف الثاني الابتدائي. وأشاروا أيضاً إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الأمهات والمدرسين في تحديد اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة وبين السلوكيات غير المقبولة الأخرى في الصف.

وأجرى خازاده وباهريدار (Ghanizadeh & Bahredar, 2006) دراسة بعنوان المعرفة لدى معلمي المرحلة الابتدائية واتجاهاتهم نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers.

وهدفت هذه الدراسة إلى دراسة المعرفة لدى معلمي المرحلة الابتدائية واتجاهاتهم نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

تكونت عينة الدراسة من (196) معلم ومعلمة من معلمي المرحلة الأساسية في المدارس الإيرانية في شيراز.

لقد تم تطبيق اختبار Self-Report Questionnaire on ADHD وتم تطبيقه بسرية تامة حيث لم يعرف أسماء المعلمين.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المعرفة لدى المعلمين حول اضطراب ADHD كانت منخفضة نسبياً. 46.9% من المعلمين وافقوا على أن أسباب فرط الحركة وتشتت الانتباه ناتجة عن عامل وراثي بيولوجي. 53.1% من المفحوصين اعتبروا أن فرط الحركة وتشتت الانتباه ناتج عن تربية الأهل السالبة. نتائج اتجاهات المعلمين نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كانت أيضاً منخفضة. 64.8% من المفحوصين اعتقدوا أن وسائل التربية والنظام المطبق على سائر الأطفال العاديين يجب أن يطبق على الأطفال ذوي فرط الحركة وتشتت الانتباه. 77.6% يعتقدون أن الأطفال ذوي فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم صعوبات في العلاقة مع زملائهم في الصف. وأشارت النتائج إلى أن هناك ارتباط دال احصائياً بين معرفة المعلمين حول فرط الحركة وتشتت الانتباه واتجاهاتهم نحو التلاميذ. كما أن أهم مصادر المعرفة لدى المعلمين كانت الراديو والتلفاز، والأصدقاء والمعارف، والمجلات، والجرائد. وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات منها أن معرفة المعلمين حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه منخفض، وعلى وزارة الصحة والتربية والتعليم تقديم العديد من الدورات التدريبية التي تتعلق بهذا الاضطراب، وأيضاً تضمين معلومات عن الموضوع في المناهج التعليمية في الجامعات، وتقديم البرامج التلفزيونية وعبر الراديو والتي اعتبرت واحدة من مصادر المعلومات لدى المعلمين.

دراسة إدبوم وآخرون (Edbom et al., 2006) بعنوان العلاقة طويلة المدى بين أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتقدير الذات في دراسة طولية على التوائم

Long-term relationship between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة طويلة المدى بين أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتطوير تقدير الذات لدى عينة من التوائم.

وتكونت عينة الدراسة من كل التوائم مواليد السويد من شهر أيار 1985 وكانون الأول 1986 والبالغ عددهم (1480) توأم. وكان التطبيق الأول للدراسة عام 1994 عندما كان عمر التوائم 8 سنوات، والتطبيق الثاني عام 1999 عندما وصل عمر التوائم 13 عاماً.

في التطبيق الأول أكمل الوالدين تعبئة استبانة تتعلق بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفالهم. وفي التطبيق الثاني قام الأطفال أنفسهم بتعبئة استبانة تقدير الذات للشباب . وقد أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة بعيدة المدى بين تسجيل الآباء المرتفع لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في التطبيق الأول والثاني (8 و 13 عام) وبين تسجيل الأطفال تقدير ذات منخفض لأنفسهم في عمر 13 عام.

وقد أظهر تحليل بيانات الدراسة أن التسجيل المرتفع لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على عمر 8 سنوات كان له علاقة بالتسجيل المنخفض الدال إحصائياً لتقدير الذات على عمر 13 عام. وقد أكد تحليل Co-Twin أن هناك علاقة بعيدة المدى بين أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وبين انخفاض تقدير الذات لدى عينة الدراسة.

أما أنتروب وآخرون (Antrop et al., 2005) فقاموا بدراسة بعنوان تأثير توقيت اليوم على السلوك الصفي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

Effects of time of day on classroom behaviour in children with ADHD

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر توقيت اليوم، وتوقيت اللعب على فرط الحركة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وقد تكونت عينة الدراسة من 14 طفل يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، و 14 طفل عاديين كمجموعة ضابطة. وقد تم ملاحظة وتسجيل أنشطة فيديو خلال يوم دراسي كامل.

وقد أظهرت النتائج أن هناك تأثير ضئيل لتوقيت اليوم أو وقت اللعب على السلوك الحركي المفرط للأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، مقارنة بالمجموعة الضابطة في سلوكهم الإزعاجي وسلوك القيام من مقاعدهم الدراسية. فالأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهروا شدة في السلوك المفرط في الحركة بعد وقت اللعب وفي الفترة المسائية من اليوم. وتستنتج هذه الدراسة أن هذا الاختلاف يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في التدخل مع الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وأيضاً للدارسين، كما للذين يشخصون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال.

دراسة لانج وآخرون (Lange et al., 2005) بعنوان العوامل الأسرية المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والاضطراب العاطفي لدى الأطفال

Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العوامل الأسرية المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، والاضطراب العاطفي لدى الأطفال.

تكونت عينة الدراسة من 20 أمّاً و 15 أباً ل 20 ذكراً يعانون من اضطراب المزاج أو اضطراب القلق، و 22 أمّاً و 13 أباً ل 22 طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، و 26 أمّاً و 16 أباً ل 27 طفل لا يعاني من أي اضطرابات آخر كمجموعة ضابطة.

وقد تم مقارنة المجموعات بالمجالات التالية:

- الضغط النفسي، الدعم النفسي ونوعية الحياة.
- النشاطات العائلية الحالية.
- نمط تربية الوالدين والرضا عن العائلة الأصلية والعائلة الحالية.
- النشاطات العائلية الحالية والسابقة.

وقد أظهرت النتائج أن المجموعتين التي تعاني من اضطراب عاطفي، والتي تعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهرت مستوى عال من الضغط النفسي، ومستوى منخفض من الدعم الاجتماعي، ومستوى منخفض من نوعية الحياة مقارنة بالمجموعة الضابطة. وكلا المجموعتين التي تعاني من اضطراب عاطفي، والتي تعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أظهرت اضطراب في النشاطات العائلية الحالية، وعلى عكس التوقعات لم تظهر المجموعتين أي اختلاف في البروفایل. كما أن الأطفال الذين عانوا من اضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه سجلوا مستويات عالية من النمط الأوتوقراطي في التربية. والوالدين في كلا المجموعتين سجلا رضا اقل من المجموعة الضابطة. أما بالنسبة للرضا عن العائلة الحالية والعائلة الأصلية، فقد سجل الوالدين رضا أعلى في العائلة الأصلية من العائلة الحالية. وهذا التعارض كان أعلى لذوي الأطفال الذين عانوا من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما بيكل (Bekle, 2004) فقام بدراسة مقارنة بعنوان المعرفة والاتجاهات نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: دراسة مقارنة بين المعلمين المتدربين والمعلمين الممارسين.

Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students.

وهدفت هذه الدراسة إلى مقارنة المعرفة واتجاهات المعلمين الممارسين للمهنة بطلبة التربية المتدربين نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

جمعت البيانات حول الخلفية الديمغرافية، التدريب على التعامل مع اضطراب ADHD، الاتجاهات نحو ADHD، والمعرفة حول تشخيصه وعلاجه.

وقد أكدت النتائج على وجود بعض الفجوات المعرفية لدى المعلمين الممارسين للمهنة والمتدربين بالرغم من أن المعلمين الممارسين للمهنة والطلاب المتدربين كليهما امتلكوا معلومات حول اضطراب ADHD. وقد كان هناك مفاهيم خاطئة حول العلاج الغذائي الأولي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. الاتجاهات والمعرفة كانت ذو ارتباط دال إحصائي، وأغلب المشاركين اعتبروا أن تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يكون داخل المدرسة. وقد عبر غالبية المشاركين عن رغبة في الحصول على تأهيل شامل.

وأجرى فيرب وديبرنا (Vereb & Diperna, 2004) دراسة بعنوان معرفة المعلمين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وعلاجه، وقبولهم للمعالجة.

Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD, and treatment acceptability

وهدفت هذه الدراسة لعمل دراسة أولية حول العلاقة بين معرفة المعلم باضطراب ADHD ومعرفة العلاجات المتبعة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقبولهم للتوجهات المختلفة

للـعلاج (السلوكي والطبي). أيضاً فحصت هذه المتغيرات بعلاقتها بخبرة المعلم وتدريبه في العمل مع أطفال اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وقد أشارت النتائج أن معرفة المعلم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وخبرة المعلم في تعليم الأطفال ذوي ADHD كانت علاقة ايجابية. بالإضافة إلى أن مشاركة المعلمين في دورات تدريبية كانت ذو ارتباط ايجابي مع المعرفة عن صعوبة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

كما أجرى سكيوتو وآخرون (Sciutto et al, 2004) دراسة بعنوان أثر جنس الطالب ونمط اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD على قرار تحويلهم من قبل المعلمين في المرحلة الأساسية.

Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من أثر جنس الطالب ونمط اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD على قرار تحويلهم من قبل المعلمين في المرحلة الأساسية للتشخيص.

تكونت عينة الدراسة من (199) تلميذ حولوا إلى التشخيص بعد قراءة ملفهم المدرسي والنظر إلى تحصيلهم الأكاديمي والذين أظهروا سلوك يؤهلهم ليكونوا أحد التلاميذ الذين سوف يحولون إلى التشخيص، البروفائيات كانت متنوعة من حيث الجنس ومن حيث أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

لقد أظهرت النتائج أن المعلمين كانوا يميلون إلى تحويل التلاميذ الذكور أكثر من الإناث بغض النظر عن نمط الاضطراب والأعراض، ومعظم التحويلات كانت للتلاميذ الذكور الذين يعانون بدرجة كبيرة من النشاط الزائد دون أن يكون لديهم تشتت انتباه أو عدوانية. وقد أظهرت النتائج أن الاختلاف في إدراك المعلمين لسلوكيات التلاميذ الذكور والإناث قد يكون السبب وراء اختلاف الجنس في تحويل التلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD من قبل المعلمين.

أما رالستون وآخرون (Ralston et al., 2004) فأجرى دراسة بعنوان اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

Attention deficit hyperactivity disorder observational research in europe

وهدفت هذه الدراسة إلى وصف العلاقة بين طريقة العلاج المتبعة في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ونوعية الحياة خلال مدة سنتين. وقد تكونت عينة الدراسة من 1500 طفل يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تم ملاحظتهم من قبل 300 ملاحظ مختص في عدة مناطق أوروبية. وقد تم جمع المعلومات عن طريق سبعة نقاط رئيسية، وتزود البيانات انطباع عن الموصفات الشخصية التالية لأفراد العينة: شدة الأعراض الإكلينيكية، تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على الحياة المدرسية والنشاطات الاجتماعية، كيفية التعامل مع الوقت في بداية التقييم والملاحظة، وعند التقييم النهائي. ونتائج هذه الدراسة هي فقط نتائج أول 315 طفل من أفراد العينة واعتبرت هذه النتائج نتائج أولية. وقد أظهرت النتائج تأثير سلبي على الحياة النفسية والاجتماعية وعلى نوعية الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما دراسة فسكونسيلوس وآخرون (Vasconcelos et al, 2003) بعنوان مدى انتشار اضطراب "فرط الحركة وتشتت الانتباه" لدى طلبة مدرسة ابتدائية داخل المدينة

Attention deficit/hyperactivity disorder prevalence in an inner city elementary school.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار اضطراب "فرط الحركة وتشتت الانتباه" (ADHD) لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية في مدرسة داخلية. وقد تم تطبيق هذه الدراسة في البرتغال على عينة تكونت من جميع تلاميذ الصفوف الخمسة الأولى في مدرسة حكومية، وقد بلغ عدد الأطفال 403 تلميذاً. وقد تم استخدام مقياس مواصفات DSM-IV في تطبيق هذه الدراسة. وقد قسمت طريقة الدراسة إلى مرحلتين : خلال المرحلة الأولى، قام معلمي المدارس وآباء الطلاب بملاء استبيان مواصفات ال DSM-IV والذي يحتوي على 18 بنداً. وفي المرحلة الثانية ، الأطفال الذين كانت إجاباتهم دالة على وجود فرط الحركة وتشتت الانتباه، دعي آبائهم لزيارة طبية إلى المدرسة. وعمل فحوصات أخرى للتأكد من وجود اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم. وقد أشارت النتائج إلى أنه من بين 403 تلميذا المعينين في المرحلة الأولى كان 108 منهم فحوصهم ايجابية بمعنى أن والديهم ومعلميهم شخصوهم بأن لديهم أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه. في المرحلة الثانية 101 منهم تم تقييمهم من قبل مختصين أن لديهم أعراض اضطراب

فرط الحركة وتشتت الانتباه. هناك 68 بنين و 33 بنات. وقد كان متوسط العمر 9 سنوات (المدى 6-15) سنة، الانحراف المعياري (1.99). وكان انتشار ADHD في العينة المكونة من 403 تلاميذ في سن المرحلة الابتدائية 17.1 %.

أما دراسة لوران (Laughran, 2003) والتي بعنوان اتفاق وثبات المعلمين على مقاييس لتقييم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة.

Agreement and stability of teacher rating scales for assessing ADHD in preschoolers.

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من اتفاق وثبات المعلمين حول ثلاثة مقاييس تستعمل من قبل المعلمين لتشخيص التلاميذ ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة. وأظهرت النتائج أن هناك اتفاق ذو دلالة إحصائية بين المعلمين والمساعدين في المرحلة الابتدائية أشد منه في مرحلة ما قبل المدرسة أي قبل ب 4 سنوات. بعد ال 4 سنوات كان هناك انخفاض ذو دلالة إحصائية في عدد الأشخاص الذين شخّصوا بأنهم يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD .

وقد أجرى ديشازو وآخرون (DeShazo et al, 2002) دراسة بعنوان تدني التحصيل الأكاديمي لدى الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: التأثير السلبي لشدة الأعراض على التحصيل المدرسي.

Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: the negative impact of symptom severity on school performance.

وهدفت هذه الدراسة إلى دراسة التحصيل الأكاديمي للتلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حيث أظهرت دراستهم أن التلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حصلوا على تحصيل تحت المتوقع في مهارات القراءة والكتابة والحساب، وأظهروا فروق كبيرة بين تحصيلهم المتوقع والحالي أكثر من الطلبة العاديين الذين لا يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD. لقد أظهرت النتائج أنه كلما اشتدت أعراض

السلوك للأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، كلما كان التأثير سلبياً على التحصيل الأكاديمي.

أما راي وآخرون (Ray et al., 2000) فقاموا بدراسة بعنوان البيئة الأسرية و اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه، و اضطراب سلوك المعارضة والتحدي ODD.

Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كان هناك اختلافات في البيئة الأسرية بين المرضى الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، و اضطراب سلوك المعارضة والتحدي ODD .

تكونت عينة الدراسة من 233 مريضاً من المراهقين، لديهم أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه، وقام ثلاثة من الأطباء بمراجعة المرضى وتشخيصهم باستخدام مقياس DSM-IV ، كما قاموا بقياس البيئة الأسرية لأفراد العينة بمقياس Global Family Environment Scale. كما تم استخدام مقياس التقرير الذاتي التي تم الحصول عليها من الأم والطفل عن طريق استخدام مقياس Child Behavior Checklist. كما تم قياس نوعية البيئة الأسرية ومقارنتها بين مختلف المجموعات التشخيصية.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن البيئة الأسرية الأكثر فقراً كان مرتبطاً مع اضطراب سلوك المعارضة والتحدي ODD، وأن نوعية البيئة الأسرية لم تختلف باختلاف التشخيص باضطراب ADHD أو الجنس. واستنتجت هذه الدراسة أنه لا توجد علاقة بين نوعية البيئة الأسرية وتشخيص ADHD المشار إليه بين المراهقين عينة الدراسة. ومع ذلك فإن هناك ثمة علاقة بين نوعية البيئة الأسرية مع اضطراب السلوك. وأن التدخل في تحسين البيئة الأسرية في السنوات الأولى من الحياة يمكن أن تحول دون تطور السلوك المضطرب لاحقاً.

أما دراسة بروك وفاتميرج (Brook & Watemala, 2000) فكانت بعنوان معرفة المعلمين واتجاهاتهم نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وصعوبات التعلم لدى معلمي المرحلة الثانوية.

Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers.

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة معرفة المعلمين واتجاهاتهم نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وصعوبات التعلم (LD) لدى معلمي المرحلة الثانوية.

لقد تم مقابلة 64 معلم ومعلمة من المدارس الثانوية حول هذا الموضوع. وقد قسم المعلمون إلى مجموعتين: مجموعة أ: 25 معلم علموا في مدارس أكاديمية، ومجموعة ب: 21 معلم علموا في مدارس للتعليم الخاص.

وقد أظهرت النتائج أن المعرفة حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كانت 71%، وصعوبات التعلم 74%، وكان ذلك منخفض نسبياً في كلا المجموعتين. 30% من المعلمين اعتبروا أن صعوبات التعلم ناتج عن اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم (استضعاف الأطفال). نتائج الاتجاهات نحو فهم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند الأطفال كان منخفض نسبياً 72.5% عند كلا المجموعتين. في المجموعة ب حصل المعلمين على تحصيل أعلى مع حالات صعوبات التعلم. تقريباً 40% من المعلمين اعتبروا أن الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هم من الأطفال الذين لا بد وأنهم تعرضوا للتعنيف والعقاب بطريقة مشابهة للأطفال غير المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. لحالات صعوبات التعلم كانت اتجاهاتهم ذو علاقة ايجابية وكانت نسبة العلاقة الايجابية للاتجاهات 75%. وهذه النتيجة كانت الأعلى ولصالح المعلمين في المجموعة ب. 4/3 المعلمين أبدوا رغبة في زيادة التوعية الشاملة للقدرة على فهم مشكلة صعوبات التعلم وللاطفال المتروكين جانبا في الصف. 95% يؤمنون أن أطفال صعوبات التعلم يجب أن يستمتعوا بتعليم أكثر تساهلاً. ولم يكن هناك أي ارتباط ذو علاقة بين معرفة المعلمين في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وصعوبات التعلم واتجاهاتهم. المصادر الرئيسية لمعلوماتهم كانت من مقالات متخصصة، والتعليم المستمر، والعروض التلفزيونية، والمجلات، والجرائد، وأخصائيين في الصحة.

دراسة سبنسر وآخرون (Spencer et al.,1999) بعنوان أربع سنوات من الدراسة لاضطراب

اللزمت العصبية لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

The 4- year course of tic disorders in boys with attention deficit hyperactivity disorder

يشير الباحث إلى أنه بالرغم من الأبحاث والدراسات التي طبقت في المجال الإكلينيكي، إلا أنه ما زال هناك القليل نسبياً المعروف عن الاضطرابات المصاحبة والمشاركة بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واضطراب اللزمت العصبية. لذلك فقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص

اضطراب اللزمات من خلال دراسة استرجاعية لعينة من الذكور الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وتكونت عينة الدراسة من 128 من الذكور الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، و110 ذكور عاديين كمجموعة ضابطة. وقد تم تقييم أفراد العينة بشكل شامل عند بداية تطبيق الدراسة، وبعد أربع سنوات. وقد تم تمييز وجود اضطراب اللزمات على مدى واسع من الارتباطات مع اضطرابات عصبية نفسية متضمنة اضطرابات مصاحبة ومؤشرات نفس اجتماعية في مجالات متعددة مثل المدرسة والعائلة، وعلى الصعيد الاجتماعي الإدراكي.

وقد أظهرت النتائج مقارنة بالمجموعة الضابطة أن أفراد العينة الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أظهروا اضطراب اللزمات عند بداية التقييم، وظهور بدايات جديدة لظهور اللزمات في جلسات المتابعة، إلا أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واضطراب اللزمات العصبية ظهرت مستقلة عن بعضها أثناء تطبيق الدراسة.

3.3.2. تعقيب على الدراسات السابقة:-

تشير الدراسات السابقة المتعلقة بنوعية الحياة أن الدراسات العربية التي تطرقت إلى هذا الجانب قليلة جداً. أما الدراسات الغربية التي درست نوعية الحياة فقد تنوعت وتعددت أهدافها، فهناك الكثير من الدراسات التي درست نوعية الحياة لدى المعانين من اضطرابات نفسية مزمنة مثل مرضى السكيزوفرينيا ومرضى الاكتئاب، وأيضاً لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. كما كان هناك اهتمام خاص يفوق الاهتمام الذي أولي إلى نوعية الحياة المتعلقة بالاضطرابات النفسية وبالجانب النفسي والاجتماعي من قبل الباحثين، وهذا الاهتمام اتجه نحو نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لأمراض صحية مزمنة مثل دراسة نوعية الحياة المتعلقة بأمراض السرطان، والإيدز، والسكري وأمراض أخرى عديدة. إلا أن أغلب هذه الدراسات دراسة فئة الراشدين وكبار السن والقليل منها الذي درس فئة الأطفال

كما يلاحظ أن الدراسات التي درست نوعية الحياة بعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، كانت أغلبها تتعلق بالجانب الصحي، وتأثير العلاجات الدوائية على تحسين نوعية حياة الأطفال المعانين من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما بالنسبة للدراسات التي تتعلق باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فيلاحظ أن هناك بداية اهتمام عربي بهذا المجال، إلا أن الدراسات التي طبقت تعتبر بجانب الكم الهائل والمتنوع من الدراسات الغربية محاولات خجولة وتحتاج إلى تعمق وتنوع. فأغلب الدراسات العربية لم تتعدى دراسة نسب انتشار الاضطراب أو السمات التي يتصف بها هؤلاء الأطفال. ولم تلاحظ الباحثة أي اهتمام بحثي في الجانب التشخيصي أو العلاجي للمرض ومدى تأثير ذلك على نوعية الحياة لدى هؤلاء الأطفال. كما أنه لا توجد أي دراسة عربية على حد علم الباحثة درست نوعية الحياة لدى الأطفال وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

أما الدراسات الغربية في هذا المجال فهي كثيرة ومتنوعة، ودرست الكثير من المتغيرات التي تتعلق بهذا الاضطراب. فهناك الدراسات التي درست انتشار الاضطراب، وهناك دراسات أخرى درست اتجاهات الوالدين والمعلمين نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ودراسات أخرى درست مدى فعالية بعض العلاجات الدوائية، ودراسات أخرى درست فعالية المقاييس في قياس هذا الاضطراب، وأخرى درست الأساليب العلاجية ومدى فاعليتها، وأيها أنجع في التعامل مع هؤلاء الأطفال سواء في البيت أو المدرسة.

العينات: - لقد تم التركيز في الدراسات التي طبقت على اختيار مرحلة الطفولة من عمر 4 سنوات وحتى 19 سنة. في أغلب الدراسات كان الآباء أو المعلمين أو الأطباء هم المستجيبين على المقاييس، وفي قليل من الدراسات كان الطفل نفسه هو الذي يقيم نفسه ومقارنة ذلك مع تقييم ذويهم وأطبائهم ومعلميهم.

الأدوات التي استخدمت في الدراسات:

بالنسبة لقياس نوعية الحياة فقد تعددت المقاييس التي استخدمت.

- بعض الدراسات استخدمت مقياس CHQ-PF50، وبعضها الآخر استخدم المقياس المختصر والذي يطلق عليه اسم CHQ-28 وهذين المقياسين معدان للتطبيق على الوالدين.

- بعض الدراسات استخدمت مقياس Global Impression of Perceived Difficulties (GIPD).
- أيضاً هناك دراسات استخدمت Global Family Environment Scale
- وقد تم أيضاً استخدام مقياس Child Behavior Checklist الذي طبق على الأطفال أنفسهم.
- تم استخدام مقياس WHOQOL-BREF.

أما المقاييس التي تم استخدامها لقياس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فهي:

- مقياس DSM-IV لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- مقياس كونرز المقنن إلى اللغة العربية Connors' Classroom Rating Scale for ADHD symptoms.
- استبيان تقدير سمات الشخصية لدى الأطفال من إعداد (Zigler).
- وقد تم أيضاً بجانب استخدام المقاييس، استخدام المقابلة مع الوالدين والمعلمين.
- وقد أكدت العديد من الدراسات فاعلية هذه المقاييس في قياس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كما في قياس نوعية الحياة.

أما نتائج الدراسات فقد خلصت إلى الآتي:-

- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه اضطراب شائع في كل بلدان العالم، وأن نسبة انتشاره بين الذكور والإناث تتراوح من 1-3.
- إن هناك ضآلة في المعرفة، واتجاهات سلبية نحو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وأوصت كثير من الدراسات زيادة البرامج التوعوية وإدخال هذا الموضوع في مناهج التعليم الجامعي، وإعطاء التدريب والتثقيف للوالدين والمعلمين حول كيفية التعامل مع هذا الاضطراب.
- كما أظهرت النتائج المتعلقة بدراسة الأساليب العلاجية المتبعة لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أن التدخل المتعدد النماذج هو من أكثر النماذج فاعلية لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه، والذي عادة ما يتضمن العلاج الدوائي بالإضافة إلى برامج لتأهيل الوالدين، وتدخل داخل المدرسة وتدخل مباشر مع الطفل.

- كما أظهرت نتائج الدراسات أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوالدين والمعلمين أو المختصين في تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال.
- أما عن نوعية الحياة المتعلقة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون من انخفاض في نوعية الحياة وخاصة في الجانب النفس اجتماعي وفي التواصل مع الآخرين. إلا أن كثير من هذه الدراسات كانت تجرى على أطفال مشخصين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وكانت هذه الدراسات تدرس تأثير نوعية الحياة بعد باستخدام الأدوية المعالجة.

أما الدراسة الحالية فتتميز بأنها الدراسة الأولى من نوعها في الوطن العربي على حد علم الباحثة التي درست العلاقة بين نوعية الحياة وبين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، لأطفال لم يشخصوا بعد بأنهم يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. كما أن هذه الدراسة سوف تدرس واقع الأطفال دون إدخال أي تعديل على حياتهم لمعرفة مستوى نوعية الحياة التي يعيشها هؤلاء الأطفال ومعرفة مدى شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر الأمهات والخروج بتوصيات موجهة إلى كل من الأسرة والمدرسة وكل المهنيين والمعنيين بهذا الاضطراب، وذلك من أجل تبني وتحسين البرامج التشخيصية والعلاجية، من أجل تحسين نوعية الحياة لدى الأطفال المعانين من هذا الاضطراب.

أيضاً قامت هذه الدراسة باستخدام متغيرات تختلف عن المتغيرات التي استخدمتها الدراسات الأخرى، كما قامت باستخدام مقياس جديد لم يتم استخدامه في أي دراسة عربية أخرى.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

1.3 منهج الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

4.3 أدوات الدراسة

5.3 إجراءات الدراسة

6.3 متغيرات الدراسة

7.3 المعالجة الإحصائية

الطريقة والإجراءات

للتحقق من هدف الدراسة والمتمثل في معرفة العلاقة بين مستوى نوعية الحياة وبين درجة شيوع اضطراب فرط الحركة ونشبت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، سنتناول الباحثة في هذا الفصل وصف منهج الدراسة الذي اتبعته، ومجتمعها، وعينتها، وكذلك الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة، وكيفية التحقق من صدق وثبات الأدوات، وكذلك إجراءات الدراسة والأسلوب الإحصائي الذي تم استخدامه لمعالجة البيانات الإحصائية اللازمة لاستخراج النتائج.

1.3. منهج الدراسة:-

قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي في إجراء هذه الدراسة، وذلك لمناسبته لأغراض الدراسة من حيث وصف الواقع كما هو، وجمع المعلومات والبيانات، وتصنيف هذه المعلومات وتنظيمها والتعبير عنها كمياً بأرقام وجدول، ووصفها وصفاً تفسيريّاً بدلالة الحقائق المتوفرة، ومناقشة البيانات وتفسيرها، واكتشاف المعاني والعلاقات الخاصة بها.

2.3. مجتمع الدراسة:-

تكون مجتمع الدراسة من كل أمهات أطفال محافظة بيت لحم في الفئة العمرية بين 6-9 سنوات. وبما أن الدراسة تعمل على دراسة الأطفال ولكن من وجهة نظر أمهاتهم، فإن الأطفال كانوا هم وحدة الاختيار. وقد اختارت الباحثة الأمهات عن طريق اختيار أبنائهم في المدارس الحكومية والخاصة والوكالة، إذ اختارت الباحثة مجتمع الأطفال أولاً، والمتراوحة أعمارهم بين 6-9 سنوات في محافظة بيت لحم، وتكون مجتمع الدراسة من أمهات هؤلاء الأطفال والبالغ عددهم (12992) طفل موزعين على مدارس محافظة بيت لحم والبالغ عددها (96) مدرسة، منها

(66) مدرسة حكومية، حيث بلغ عدد الأطفال الكلي فيها (8739) طفل موزعين على الصفوف الثلاث الأولى كالتالي: (4363) ذكور و (4376) إناث، و (24) مدرسة خاصة، حيث بلغ عدد الأطفال الكلي فيها (2877) طفل موزعين على الصفوف الثلاث الأولى كالتالي: (1563) ذكور و (1314) إناث، و (6) مدارس تابعة لوكالة الغوث الدولية إذ بلغ عدد الأطفال الكلي فيها (1376) طفل موزعين على الصفوف الثلاث الأولى كالتالي: (607) ذكور و (769) إناث ، وذلك حسب إحصائيات وزارة التربية والتعليم للعام الدراسي 2008/2007. والجدول رقم (1.3) يوضح خصائص المجتمع

جدول رقم 1.3: توزيع أفراد مجتمع الأطفال حسب جنس الطفل، ونوع المدرسة، والصف.

المجموع الكلي لكل صف	وكالة		خاصة		حكومة		الجنس الصف
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
4534	285	196	492	601	1427	1533	صف أول
4377	215	211	454	513	1487	1497	صف ثاني
4081	269	200	368	449	1462	1333	صف ثالث
12992	769	607	1314	1563	4376	4363	المجموع
	1376		2877		8739		المجموع الكلي

3.3. عينة الدراسة:-

تكونت عينة الدراسة من (455) أم من أمهات أطفال المدارس في محافظة بيت لحم في الفئة العمرية بين 6-9 سنوات موزعين على المدارس الحكومية، والخاصة، ومدارس وكالة الغوث، تم اختيارهم بطريقة العينة الطبقيّة العشوائية. وتمثل العينة ما نسبته 3.5% من مجتمع الدراسة. وقد تم توزيع الاستبانات على الأطفال الذين قاموا بدورهم بنقل الاستبانات إلى أمهاتهم وتعبئتها وإرجاعها بالتنسيق والتعاون مع المدارس التي تم اختيار الأطفال منها وعددها (8) مدارس منها (4) مدارس حكومية، مدرستين للذكور ومدرستين للإناث، ومدرستين (2) من المدارس الخاصة وهي مدارس مختلطة، ومدرستين (2) من مدارس وكالة الغوث، مدرسة للذكور ومدرسة للإناث.

وقد تم إسقاط 27 استبانته وذلك بسبب عدم استعادة الاستبانات، وأيضاً بسبب عدم استكمال المعلومات المطلوبة، وبذلك فقد أصبح عدد أفراد العينة (428) أما خضعت إجابتهن للتحليل الإحصائي. والجدول (2.3) يوضح توزيع العينة:

جدول رقم 2.3 : توزيع عينة الدراسة تبعاً لنوع المدرسة والصف.

الجنس الصف	حكومة		خاصة		وكاله	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
صف أول	54	50	21	17	7	10
صف ثاني	52	52	18	16	7	8
صف ثالث	47	51	16	13	7	9
المجموع	153	153	55	46	21	27
المجموع الكلي	455					

جدول رقم 3.3: توزيع عينة الدراسة تبعاً لعمل الأم، وعمرها، ومستوى تعليمها، ومكان سكنها.

المتغير	العدد	النسبة المئوية	المجموع
عمل الأم	تعمل	13.8	*427
	ربة منزل	86.2	
عمر الأم	30 فأقل	31.9	427
	31-40	55.5	
	41 فأكثر	12.6	
المستوى التعليمي للأم	توجيهي فأقل	74.8	424
	دبلوم	13.0	
	جامعي فأكثر	12.2	
مكان السكن	مدينة	54.9	428
	قرية	35.3	
	مخيم	9.8	

* عندما نقل ن=428 فإن هناك قيماً ناقصة

4.3. أدوات الدراسة:-

قامت الباحثة باستخدام أداتين في هذه الدراسة وهما:

الأداة الأولى:- مقياس صحة الطفل CHQ -PF-50 (Child Health Questionnaire) (Landgraf et al., 1999).

الأداة الثانية:- مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال أحمد (1999).

وفيما يلي وصف لكل أداة من أدوات الدراسة:

1.4.3. مقياس صحة الطفل CHQ -PF50

لتحقيق هدف الدراسة والمتمثل في دراسة مستوى نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، وبعد مراجعة الأدب التربوي والاطلاع على الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن هذا المقياس هو من أجود المقاييس التي تقيس نوعية الحياة النفسية - الاجتماعية، والصحة الجسمية لدى الأطفال، وقد قررت الباحثة استخدامه بالرغم من تكلفته الباهظة والشروط المفروضة على استخدامه، حيث قامت الباحثة بعقد اتفاقية قانونية مع مصممه وذلك للحفاظ على السرية وعدم نشر المقياس ودليله، حيث أن المقياس غير منشور، واستخدامه يتطلب الحصول على رخصة رسمية، وكل من يستخدم هذا المقياس دون الحصول على رخصة لاستخدامه يتعرض للمساءلة القانونية (أنظر الملحق رقم 4).

إن مقياس صحة الطفل مقياس متعدد الأبعاد، ويمكن استخدامه للأطفال من سن 5 سنوات فما فوق، ويشتمل هذا المقياس على 14 بعد وعدد فقراته 50 فقرة. وأبعاده كالاتي:

1. **الوظائف الجسمية:** يحتوي هذا البعد على (6) فقرات 2.1 (أ، ب، ج، د، هـ، و)، ويقيس قدرة الطفل على القيام بالنشاطات الجسدية التي من المحتمل أن يقوم بها أثناء اليوم. ويتدرج ميزان هذا البعد في أربع مستويات تتراوح من: كان قادراً إلى غير قادر تماماً.

2. المعوقات الاجتماعية - الانفعالية / السلوكية (ويعد هذا البعد بعدين): ويحتوي على (3) فقرات 3.1 (أ، ب، ج)، ويقاس المعوقات/التقيد في الوظائف المدرسية أو النشاطات التي يقوم بها الطفل مع الأصدقاء بسبب صعوبات انفعالية أو مشاكل سلوكية. ويتدرج ميزان هذا البعد في أربع مستويات تتراوح من: لا تم تكن مقيدة إلى نعم مقيدة جداً.

3. المعوقات الاجتماعية - الجسدية: ويحتوي هذا البعد على فقرتين: 3.2 (أ، ب)، ويقاس المعوقات/التقيد في نوعية الوظائف المدرسية أو كمية الوقت الذي يقضيه الطفل في أداء تلك الوظائف أو النشاطات التي يقوم بها الطفل مع الأصدقاء بسبب مشاكل في صحته الجسدية. ويتدرج ميزان هذا البعد في أربع مستويات تتراوح من: لا تم تكن مقيدة إلى نعم مقيدة جداً.

4. الألم الجسدي: ويحتوي هذا البعد على فقرتين، 4.1 (أ) و 4.2 (أ)، ويقاس مقدار الألم الجسدي أو عدم الراحة التي عانى منها الطفل وتقيسه الفقرة 4.1 (أ)، ويتدرج ميزان هذه الفقرة في ست مستويات تتراوح من: لا يوجد بتاتاً إلى شديد جداً. كما وتقيس الفقرة 4.2 (أ) عدد مرات الألم الجسدي أو عدم الراحة التي عانى منها الطفل، ويتدرج ميزان هذا البعد في ست مستويات تتراوح من: ولا أية مرة إلى يومياً .

5. السلوك العام: ويحتوي هذا البعد على (6) فقرات، 5.1 (أ، ب، ج، د، هـ) و 5.2 (أ)، ويقاس السلوك العام للطفل عبر قائمة من السلوكيات التي تصف سلوك الطفل أو المشاكل التي يواجهها أحياناً. ويتدرج ميزان هذه الفقرة في خمس مستويات تتراوح من: لا يحدث أبداً إلى يحدث بشكل متكرر جداً.

كما وتقيس الفقرة 5.2 (أ) سلوك الطفل بشكل عام مقارنة مع الأطفال الآخرين في نفس سن الطفل، ويتدرج ميزان هذه الفقرة في خمس مستويات تتراوح من: ممتاز إلى ضعيف.

6. الصحة النفسية: ويحتوي هذا البعد على (5) فقرات، 6.1 (أ، ب، ج، د، هـ)، ويقاس الرفاه العاطفي (الصحة النفسية) لدى الطفل. ويتدرج ميزان هذا البعد في خمس مستويات تتراوح من: ولا في أي لحظة إلى كل الوقت.

7. **تقدير الذات:** ويحتوي هذا البعد على (6) فقرات، 7.1 (أ، ب، ج، د، هـ، و)، ويقيس مدى رضا الطفل عن نفسه ومدرسته والآخرين. ويتدرج ميزان هذا البعد في خمس مستويات تتراوح من: **راض جداً إلى غير راض بالمرّة.**

8. **إدراك الصحة العامة:** ويحتوي هذا البعد على (6) فقرات، 1.1 (أ) و 8.1 (أ، ب، ج، د، هـ) ويقيس وضع الطفل الصحي بشكل عام في الفقرة 1.1 (أ)، ويتدرج ميزان هذه الفقرة في خمس مستويات تتراوح من: **ممتاز إلى ضعيف.** أما الفقرة 8.1 (أ، ب، ج، د، هـ) فتقيس مدى إدراك الأم لصحة طفلها. ويتدرج ميزان هذه الفقرة في خمس مستويات تتراوح من: **صحيحة بكل تأكيد إلى خطأ بكل تأكيد.**

9. **التغير في الصحة:** ويحتوي هذا البعد على فقرة واحدة 8.2 (أ)، تقيم صحة الطفل الآن مقارنة مع العام الماضي. ويتدرج ميزان هذا البعد في خمس مستويات تتراوح من: **الآن أفضل كثيراً مما كان عليه العام الماضي إلى الآن أسوأ كثيراً مما كان عليه العام الماضي.**

10. **تأثر الأم الانفعالي:** ويحتوي هذا البعد على (3) فقرات، 9.1 (أ، ب، ج)، ويقيس مدى تأثر الأم انفعالياً بسبب صحة طفلها الجسدية، ورفاهه العاطفي، وانتباهه وقدراته التعليمية. ويتدرج ميزان هذا البعد في خمس مستويات تتراوح من: **بتاتا إلى كثيراً.**

11. **تأثر وقت الأم:** ويحتوي هذا البعد على (3) فقرات، 9.2 (أ، ب، ج)، ويقيس مدى تأثر وقت الأم المتوفر لحاجتها الخاصة بسبب صحة الطفل، أو رفاهه العاطفي وسلوكه، أو انتباهه وقدراته التعليمية. ويتدرج ميزان هذا البعد في أربع مستويات تتراوح من: **كلا ليست محدودة إلى محدودة جداً.**

12. **النشاطات العائلية:** ويحتوي هذا البعد على (6) فقرات، 9.3 (أ، ب، ج، د، هـ، و)، ويقيس مدى تأثر النشاطات العائلية بسبب سلوك الطفل أو صحته. ويتدرج ميزان هذا البعد في خمس مستويات تتراوح من: **لا يحدث أبداً إلى يحدث بشكل متكرر جداً.**

13. التماسك العائلي: ويحتوي هذا البعد على فقرة واحدة، 9.4 (أ)، وتقيس مدى قدرة أفراد العائلة على التدبر فيما بينهم. ويتدرج ميزان هذا البعد في خمس مستويات تتراوح من: ممتازة إلى ضعيفة.

وقد قام لاندغراف وآخرون (Landgraf et al., 1999) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية عن طريق مترجمين مختصين يجيدون اللغتين العربية والانجليزية، إذ قاموا بترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ومن ثم إعادة الترجمة من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية، بعد ذلك تم عمل مقابلات من قبل مهنيين عرب على مجموعة من الأمهات/ الأطفال العرب الفلسطينيين (من عرب الداخل) وذلك للتأكد من فهم الألفاظ والصياغة اللغوية، وقد قام فريق مهني متخصص من إجراء التعديلات اللغوية اللازمة حتى ظهر المقياس بصورته النهائية باللغة العربية.

وقد تم تصميم المقياس وفق سلم (ليكرت)، وكل بعد يحمل ميزان تدرج يختلف عن البعد الآخر، فهناك أبعاد تحمل سلماً رباعياً، وآخر خماسياً، وآخر سداسياً. وتشير الدرجات المرتفعة للمقياس إلى ارتفاع مستوى الحالة الصحية سواء كانت الجسمية أو النفسية. ولاستخراج العلامة المعيارية، يتم تحويل العلامة الخام إلى علامة تتراوح من 0-100 .

أما بالنسبة إلى ثبات المقياس، فقد قام معد المقياس بفحص ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة تطبيق الاختبار، وكان معامل الارتباط يتراوح بين 0.37-0.84 . كما تم أيضاً التحقق من ثبات المقياس باستخدام معادلة الثبات كرونباخ الفا وكانت درجة الثبات تتراوح بين 0.53-0.96

صدق وثبات الأداة في الدراسة الحالية:-

للتحقق من صدق الأداة قامت الباحثة بعرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، والبالغ عددهم سبعة محكمين، حيث أجمعوا على صلاحية الفقرات من حيث المضمون، كما نصح بعضهم بتعديل الصياغة اللغوية لبعض الأبعاد. وقد قامت الباحثة بتعديل الصياغة اللغوية فقط. وبعد ذلك تم عرض الاستبانة على عشر من الأمهات من مجتمع الدراسة (وليس من أفراد العينة)، حيث تم التأكد من فهم الألفاظ والصياغة

اللغوية للفقرات، كما تم أيضاً عرض الاستبانة على متخصص في اللغة العربية للتأكد من السلامة اللغوية. وقد تم تعديل الصياغة اللغوية وهنا أمثلة على بعض البنود التي تم تعديلها:

1.1 (أ): بشكل عام هل تقول أن صحة طفلك هي: ممتازة، جيدة جداً، عادية، ضعيفة.
تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: بشكل عام، تقول أن وضع طفلك الصحي: ممتاز، جيد جداً، جيد، عادي، ضعيف.

2.1 (أ، ب، د، هـ):

- فقرة (أ) القيام بنشاطات التي تتطلب الكثير من الطاقة، مثل لعب كرة القدم أو الركض؟
تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: القيام بالنشاطات التي تتطلب الكثير من الطاقة، مثل لعب كرة القدم أو الركض؟

-فقرة د: المشي لمسافة وحدة سكنية أو الصعود مجموعة من درجات السلم؟
تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: المشي لمسافة 100 متر أو صعود مجموعة من درجات السلم؟

- فقرة (هـ): الانتواء، الرفع، أو الانحناء؟
تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: قدرة الطفل على القيام بثني الجسم إلى الأسفل أو رفعه إلى الأعلى؟

6.1 (د): تصرف بانزعاج أو بقلق؟

تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: تصرف بانزعاج؟

7.1 (و): حياته عموماً؟

تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: حياته بشكل عام؟

8.1 (ب، ج، د، هـ)

9.1 (ب): الرفاه العاطفي أو سلوك طفلك؟

تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: الرفاه العاطفي (صحة طفلك النفسية) أو سلوكه؟

9.2 (ب): الرفاه العاطفي أو سلوك طفلك؟

تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: الرفاه العاطفي (صحة طفلك النفسية) أو سلوكه؟

(ج) قيد قدرتكم كعائلة على " النهوض والانطلاق " عند إخطار لحظي؟

تم تعديل هذه الفقرة لتصبح بعد التعديل: قيد قدرتكم كعائلة على " النهوض والانطلاق " عند الضرورة.

أيضاً تم توحيد صيغة المذكر والمؤنث في هذه الاستبانة، كما تم توجيه الصيغة اللغوية لصيغة المؤنث، ووجهت ة للأم بدل الوالدين.

كما تم التأكد من صدق الأداة بالطرق الإحصائية، حيث قامت الباحثة بعمل اختبار معامل الارتباط بيرسون الذي يقيس ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، وتراوح معامل الارتباط بين 0.16 - 0.58 وكانت جميعها دالة عند مستوى 0.001، هذا على الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت قيم معامل الارتباط على الدرجة الكلية للبعد كالتالي:

بعد الوظائف الجسمية بين 0.523-0.792، وبعد المعينات الاجتماعية - الانفعالية /السلوكية بين 0.847-0.870، وبعد المعينات الاجتماعية - الجسدية بين 0.917-0.919، وبعد الألم الجسدي بين 0.884-0.926، وبعد السلوك العام بين 0.430-0.727، وبعد الصحة النفسية بين 0.537-0.758، وبعد تقدير الذات بين 0.546-0.714، وبعد إدراك الصحة بين 0.582-0.745، وبعد تأثير الأم الانفعالي بين 0.799-0.845، وبعد تأثير وقت الأم بين 0.809-0.864، وبعد النشاطات العائلية بين 0.724-0.801، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.001 مما يشير إلى الاتساق الداخلي ل فقرات المقياس، وأن الفقرات تشترك معاً في قياس مستوى نوعية الحياة (أنظر ملحق رقم 5).

كما تم التحقق من ثبات الأداة باستخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha). وقد أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات، حيث تراوحت قيمة الثبات بين 0.68 - 0.85 وهي درجة جيدة مقارنة مع درجة ثبات المقياس على العينة الأصلية، ومقارنة مع ثبات المقياس في دراسة (Norrby, et al., 2003) التي بلغت فيها قيمة معامل الثبات بين 0.69-0.92 (أنظر الدراسات السابقة).

وقد كانت درجة الثبات على أبعاد المقياس كالتالي:

الوظائف الجسمية 0.79، دور المعينات الاجتماعية- السلوكية والانفعالية 0.83، دور المعينات الاجتماعية- الجسمية 0.81، الألم الجسدي 0.77، السلوك العام 0.68، الصحة النفسية 0.69، تقدير الذات 0.71، إدراك الصحة العامة 0.72، تأثير الأم الانفعالي 0.76، تأثير وقت الأم 0.77، النشاطات العائلية 0.85، التغيير في الصحة (فقرة واحدة)، والتدبير في العائلة (فقرة واحدة).

2.4.3. مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال والذي قننه إلى العربية أحمد (1999).

يتكون هذا المقياس من (118) عبارة أعدت لقياس حدة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال في كل من البيئتين المدرسية والمنزلية، موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية وهي: ضعف القدرة على الانتباه، وفرط الحركة، والسلوك الاندفاعي. وقد تكونت الصورة المدرسية من 64 عبارة تخص البيئة التعليمية.

أما الصورة المنزلية فقد تكونت من 54 عبارة تخص البيئة المنزلية التي يعيش فيها الطفل حيث أن العبارات في الصورتين (المدرسية والمنزلية) هي نفس العبارات، غير أن الصورة المدرسية تزيد عشر عبارات تخص البيئة المدرسية. كما قام معد المقياس أحمد (1999) بتعديل ستة عبارات لتناسب البيئة المنزلية وهي العبارات (26، 45، 47، 53، 61، 62). وقد قامت الباحثة في هذه الدراسة بتبني الصورة المنزلية فقط لتطبيقها على الأمهات عينة الدراسة.

أما توزيع الفقرات على الأبعاد في الصورة المنزلية فقد كانت كالتالي:

- 1- تشتت الانتباه: يتكون هذا البعد من 28 فقرة، من الفقرة (1 - 28).
- 2- فرط الحركة: يتكون هذا البعد من 16 فقرة، من الفقرة (29 - 44).
- 3- السلوك الاندفاعي: يتكون هذا البعد من 10 فقرات، من الفقرة (45 - 54).

مفتاح التصحيح:

اقتصرت مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال على الفقرات السلبية فقط، بحيث يشير التقدير المرتفع فيه إلى درجة عالية من شيع الاضطراب، وتندرج الإجابة على الفقرات عبر أربع مستويات هي:

دائماً: تحدث عدة مرات في اليوم، وتحصل في التصحيح على ثلاث درجات

أحياناً: تحدث مرة أو أكثر في الأسبوع، وتحصل على درجتين.

نادراً: تحدث مرة أو أكثر في الشهر، وتحصل على درجة واحدة.

أبدأً: لا تحدث مطلقاً، وتحصل على درجة صفر في التصحيح.

استخراج الدرجة الكلية للمقياس:

يتم استخراج الدرجة الكلية للمقياس باستخراج مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطفل/ عدد عباراتها. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (صفر و 162).

صدق مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال:-

للتحقق من صدق مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال قامت الباحثة بعرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص والبالغ عددهم إحدى عشر محكماً، بهدف إبداء الرأي حول شمولية الفقرات ومدى وضوحها، وصياغتها اللغوية، وقياسها لما أعدت من أجله، حيث أجمعوا جميعهم على صلاحية الفقرات من حيث المضمون والشمولية، كما نصح الأغلبية منهم بتعديل الصياغة اللغوية لمعظم فقرات الاستبانة، وقد قامت الباحثة بتعديل الصياغة اللغوية لأغلب الفقرات (أنظر ملحق رقم 3). وبعد ذلك تم عرض الاستبانة على عشر أمهات من مجتمع الدراسة (وليس من أفراد العينة)، حيث تم التأكد من فهم الألفاظ والصياغة اللغوية للفقرات. إلا أنه لم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس وبقي عدد فقرات المقياس (54) فقرة.

كما قامت الباحثة بالتأكد من صدق المقياس بالطرق الإحصائية حيث قامت بعمل اختبار معامل الارتباط (Pearson correlation) والذي يقيس ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس. كما وتراوح معامل الارتباط بين -0.47 و 0.66 وجميع الفقرات كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.001 مما يشير إلى الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وأنها تشترك معاً في قياس درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (أنظر ملحق رقم 6).

ثبات مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال

وتم التحقق من ثبات الأداة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha). وقد أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، حيث بلغت قيمة الثبات 0.96 .

5.3. إجراءات تطبيق الدراسة

لقد قامت الباحثة باتتبع الإجراءات التالية من أجل تنفيذ الدراسة:

1. تم حصر مجتمع الدراسة من خلال الحصول على إحصائيات من وزارة التربية والتعليم في محافظة بيت لحم لعدد الطلبة الكلي المتراوحة أعمارهم بين 6-9 سنوات في محافظة بيت لحم (علماً أن وحدة اختيار العينة كانت أطفال المدارس)، والدراسة تم تطبيقها على أمهات هؤلاء الأطفال.
2. تم حصر عينة الدراسة والتي كانت نسبتها 3.5% من مجتمع الدراسة، والمتمثلة بأمهات الأطفال المختارين بالطريقة الطبقيّة العشوائية.
3. تم الاتصال بمديرية التربية والتعليم والحصول على موافقة خطية لتطبيق الدراسة في المدارس الحكومية، كما تم الاتصال بمدراء المدارس الخاصة والوكالة للحصول على الموافقة لتوزيع الاستبانات على الطلبة، ليتم نقل الاستبانات إلى أمهاتهم واسترجاعها عن طريق المدرسة.
4. تم التأكد من صدق أداتي الدراسة من خلال عرضها على إحدى عشر محكماً من ذوي الخبرة والاختصاص. كما قامت الباحثة بعرض الأداتين على عشر أمهات من مجتمع الدراسة وليس من عينة الدراسة، وذلك للتأكد من سلامة الألفاظ والصياغة اللغوية.
5. تم توزيع الاستبانات على الأطفال المتراوحة أعمارهم بين 6-9 سنوات، والممثلين بطلاب الصف الأول والثاني والثالث الأساسي في المدارس الحكومية والخاصة ووكالة الغوث، حيث قام الطلاب أفراد العينة بحمل الاستبانات إلى أمهاتهم، وإرجاعها إلى المدرسة بعد تعبئتها في مدة أقصاها أسبوع من توزيع الاستبانة.
6. قامت الباحثة بتوفير وسيلة اتصال هاتفية بالأمهات اللواتي يجدن صعوبة في تعبئة الاستبانة، وقامت من خلالها الالتقاء بعدد من الأمهات ومساعدتهن في قراءة الاستبانة وتعبئتها بناء على استجاباتهن.

7. تم جمع الاستبيانات بالتعاون مع المدارس، وتم إعطاء الاستبيانات الصالحة أرقاماً متسلسلة استعداداً لإدخالها إلى الحاسوب.
8. بعد ذلك تم إدخال البيانات إلى الحاسوب بواسطة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الإنسانية (SPSS).
9. أخيراً، تم تحليل البيانات واستخراج النتائج.

6.3. متغيرات الدراسة:

1.6.3. المتغيرات المستقلة:

- عمل الأم: وله مستويان (تعمل، لا تعمل).
- عمر الأم: وله ثلاث مستويات (30 فأقل، 31-40، 41 فأكثر).
- تعليم الأم: وله أربع مستويات (توجيهي فأقل، دبلوم، جامعي فأكثر).
- مكان سكن الأم: وله ثلاث مستويات (مدينة، قرية، مخيم).

2.6.3. المتغيرات التابعة:

- نوعية الحياة.
- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

7.3. المعالجة الإحصائية:-

من أجل الحصول على نتائج للدراسة، قامت الباحثة بإدخال البيانات إلى الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الإنسانية (SPSS) واستخراج : التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية. وقد تم التحقق من فرضيات الدراسة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) باستخدام الاختبارات الإحصائية الآتية: اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، اختبار ت (t-test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance)، واختبار توكي (Tukey) للتحليل البعدي، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، ومعامل الانحدار المتعدد (Regression).

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

نتائج سؤال الدراسة الأول	1.1.4
نتائج سؤال الدراسة الثاني	2.1.4
نتائج سؤال الدراسة الثالث	3.1.4
نتائج سؤال الدراسة الرابع	4.1.4
نتائج سؤال الدراسة الخامس والسادس	5.1.4
نتائج الفرضية الأولى	1.5.1.4
نتائج الفرضية الثانية	2.5.1.4
نتائج الفرضية الثالثة	3.5.1.4
نتائج الفرضية الرابعة	4.5.1.4
نتائج الفرضية الخامسة	5.5.1.4
نتائج الفرضية السادسة	6.5.1.4
نتائج الفرضية السابعة	7.5.1.4
نتائج الفرضية الثامنة	8.5.1.4
نتائج الفرضية التاسعة	9.5.1.4

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها.

لقد تم حساب تدرج مستوى نوعية الحياة، وذلك للتعرف الى المدى الذي يكون عنده مستوى نوعية الحياة مرتفع أو متوسط أو منخفض.

وقد تبين أنه إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي 79.11 فأكثر يكون مستوى نوعية الحياة مرتفعاً. أما إذا انحصرت قيمة المتوسط الحسابي بين 79.11-54.06 فيكون مستوى نوعية الحياة متوسطاً. وإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي 54.06 فأقل يكون مستوى نوعية الحياة منخفضاً.

وقد تم حساب تدرج درجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وذلك للتعرف الى المدى الذي تكون عنده درجة شيوع الاضطراب عالية أو متوسطة أو منخفضة. وقد تبين أنه إذا بلغت قيمة المتوسط الحسابي 1.64 فأكثر فتكون درجة شيوع الاضطراب عالية. وإذا انحصرت قيمة المتوسط الحسابي بين 1.64-0.54 فتكون درجة شيوع الاضطراب متوسطة. أما إذا بلغت قيمة المتوسط الحسابي 0.54 فأقل تكون درجة شيوع الاضطراب منخفضة.

1.4. نتائج الدراسة:

1.1.4. نتائج سؤال الدراسة الأول:

ما مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم؟ للإجابة عن سؤال الدراسة الأول، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وذلك كما هو موضح في الجدول (1.4).

جدول 1.4: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى نوعية الحياة	الرتبة
1.	الوظائف الجسمية	92.34	13.58	مرتفعة	1
2.	المعوقات الاجتماعية - الانفعالية / السلوكية	67.27	30.80	متوسطة	8
3.	المعوقات الاجتماعية - الجسدية	79.13	27.79	مرتفعة	4
4.	الألم الجسدي	80.23	20.65	مرتفعة	3
5.	السلوك العام	68.65	16.37	متوسطة	7
6.	الصحة النفسية	66.94	16.05	متوسطة	9
7.	تقدير الذات	85.66	13.60	مرتفعة	2
8.	تأثر الأم الانفعالي	61.49	28.13	متوسطة	12
9.	تأثر وقت الأم	64.74	29.61	متوسطة	11
10.	النشاطات العائلية	66.45	22.54	متوسطة	10
11.	التماسك العائلي	68.68	27.85	متوسطة	6
12.	إدراك الصحة العامة	77.98	16.44	متوسطة	5
13.	الدرجة الكلية	66.58	12.52	متوسطة	

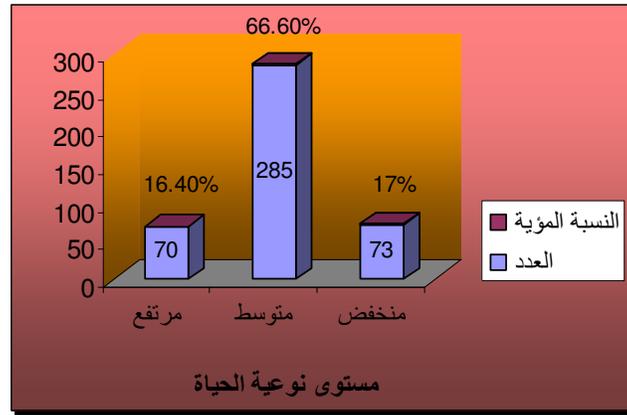
يتضح من الجدول (1.4) أن مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم كان متوسطاً بشكل عام، حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لنوعية الحياة 66.58 وانحراف معياري 12.52 وهي درجة متوسطة لنوعية الحياة. وأظهرت النتائج أن مستوى نوعية الحياة كان أعلى على بعد الوظائف الجسمية، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد 92.34 وانحراف معياري 13.58، وهي درجة مرتفعة من نوعية الحياة، يليه بعد تقدير الذات، الذي بلغ متوسطه الحسابي 85.66 وانحرافه المعياري 13.60 وهي درجة مرتفعة لنوعية الحياة. يليه بعد الألم الجسدي، حيث بلغ متوسطه الحسابي 80.23 وانحراف معياري 20.65، وهي أيضاً درجة مرتفعة لنوعية الحياة. وأظهرت النتائج أن بعد تأثر الأم الانفعالي، وتأثر وقت الأم، والنشاطات العائلية كانت أدنى أبعاد نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، فقد بلغ المتوسط الحسابي لدى بعد تأثر الأم الانفعالي 61.49 وانحراف معياري 28.13، وهي درجة متوسطة لنوعية الحياة. يليها بعد تأثر وقت الأم، حيث بلغ متوسطه الحسابي 64.74 وانحرافه المعياري 29.61 وهي أيضاً درجة متوسطة لنوعية الحياة. وأخيراً بعد النشاطات العائلية، التي بلغ متوسطها الحسابي 66.45 وانحرافها المعياري 22.54 وهي درجة متوسطة لنوعية الحياة.

ولمعرفة نسب توزيع مستويات نوعية الحياة على أفراد العينة فقد استخرجت الأعداد، والنسب المئوية لمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم على الدرجة الكلية للمقياس وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (2.4)

جدول 2.4: الأعداد، والنسب المئوية لمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

مستوى نوعية الحياة		
النسبة المئوية	العدد	المستوى
16.4	70	مرتفع
66.6	285	متوسط
17.0	73	منخفض
100	428	المجموع

يتضح من الجدول (2.4) أن ما نسبته 16.4% من أفراد العينة، والبالغ عددهم 70 أماً يتمتع أطفالهن من وجهة نظرهن بمستوى مرتفع من نوعية الحياة. كما أن ما نسبته 66.6% من أفراد العينة، والبالغ عددهم 285 أماً، يتمتع أطفالهن من وجهة نظرهن بمستوى متوسط من نوعية الحياة. كما يتضح أيضاً أن ما نسبته 17.0% من أفراد العينة، والبالغ عددهم 73 أماً، يتمتع أطفالهن من وجهة نظرهن بمستوى منخفض من نوعية الحياة. والرسم البياني رقم (1.4) يشير الى مستوى نوعية الحياة:



شكل 1.4: مستوى نوعية الحياة

2.1.4. نتائج سؤال الدراسة الثاني:

ما درجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني فقد استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لدرجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم على كل بعد من أبعاد المقياس وعلى الدرجة الكلية أيضاً، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (3.4).

جدول رقم 3.4 : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

الرتبة	الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
3	متوسطة	0.57	0.92	تشتت الانتباه
1	متوسطة	0.66	1.30	فرط الحركة
2	متوسطة	0.70	1.24	السلوك الاندفاعي
	متوسطة	0.55	1.09	الدرجة الكلية

يبين الجدول رقم (3.4) أن درجة شيوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (1.09) وانحراف معياري (0.55). أما على الأبعاد، فقد بلغ المتوسط الحسابي على بعد فرط الحركة (1.30) وانحراف المعياري (0.66)، وهي درجة متوسطة، أما بعد السلوك الاندفاعي، فقد بلغ المتوسط الحسابي (1.24) والانحراف المعياري (0.70) وهي أيضاً درجة متوسطة. وعلى بعد تشتت الانتباه فقد بلغ المتوسط الحسابي (0.92) والانحراف المعياري (0.57) وهي درجة متوسطة أيضاً.

ولمعرفة نسب توزيع درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على أفراد العينة فقد استخرجت الأعداد، والنسب المئوية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة

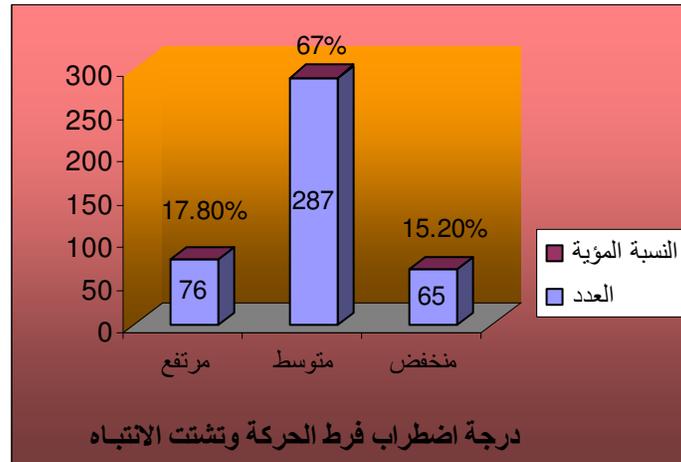
بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم على الدرجة الكلية للمقياس وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (4.4).

جدول 4.4: الأعداد، والنسب المئوية لدرجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

درجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه		
النسبة المئوية	العدد	المستوى
17.8	76	مرتفع
67.0	287	متوسط
15.2	65	منخفض
100	428	المجموع

يتضح من الجدول (4.4) أن ما نسبته 17.8% من أفراد العينة، والبالغ عددهم 76 أما يتمتع أطفالهن من وجهة نظرهن بمستوى مرتفع من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. كما أن ما نسبته 67.0% من أفراد العينة، والبالغ عددهم 287 أما، يتمتع أطفالهن من وجهة نظرهن بمستوى متوسط من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. كما يتضح أيضاً أن ما نسبته 15.2% من أفراد العينة والبالغ عددهم 65 أما، يتمتع أطفالهن من وجهة نظرهن بمستوى منخفض من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

والرسم البياني رقم (2.4) يشير الى درجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه



شكل 2.4: درجة شيوخ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

ولمعرفة طبيعة العلاقة بين مستوى نوعية الحياة ودرجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فقد تم حساب درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بحساب درجة شيع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقتها بمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (5.4):

جدول 5.4: يبين درجة شيع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقتها بمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه				مستوى نوعية الحياة
مرتفع	متوسط	عالي	منخفض	
2%	8.8%	7.5%	7.5%	
10.7%	48.4%	7.5%	0.2%	

يتضح من الجدول (5.4) أن ما نسبته 6.8% من الأطفال لديهم انخفاض في نوعية الحياة وارتفاع في درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر أمهاتهم. و 10.0% من من الأطفال لديهم انخفاض في نوعية الحياة ودرجة متوسطة من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر أمهاتهم. و فقط 0.2% من الأطفال لديهم انخفاض في مستوى الحياة وانخفاض في درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وذلك من وجهة نظر أمهاتهم. كما أن ما نسبته 10.7% من الأطفال لديهم نوعية حياة متوسطة ودرجة عالية من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر أمهاتهم، وما نسبته 48.4% لديهم نوعية حياة متوسطة ودرجة متوسطة من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر أمهاتهم. و فقط 7.5% منهم لديهم نوعية حياة متوسطة ودرجة منخفضة من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من وجهة نظر أمهاتهم.

أيضاً فإن ما نسبته 2% فقط ممن لديهم مستوى مرتفع من نوعية الحياة ومستوى عال من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. و 8.8% من لديهم نوعية حياة مرتفعة ودرجة متوسطة من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، و 7.5% من لديهم نوعية حياة مرتفعة ودرجة منخفضة من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

3.1.4. نتائج سؤال الدراسة الثالث:

ما المتغيرات التي تتنبأ بنوعية الحياة؟

لمعرفة المتغير الذي يتنبأ بنوعية الحياة فقد تم استخدام معامل الانحدار Regression بطريقة Stepwise ، وقد كانت النتائج كالتالي:

$$F=(df=1,422)=15.94; p. 0.001, R^2=0.036$$

حيث أظهرت النتائج بأن متغير عمل الأم هو المتغير الوحيد الذي يتنبأ بنوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، حيث بلغت قيمة ($R^2=0.036$) وهي دالة عند مستوى 0.001 .

4.1.4. نتائج سؤال الدراسة الرابع

ما المتغيرات التي تتنبأ باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه؟

ولمعرفة المتغير الذي يتنبأ باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فقد تم استخدام معامل الانحدار Regression بطبقة Stepwise ، وقد كانت النتائج كالتالي:

$$F=(df=1,422)=7.048; p. 0.008, R^2= 0.016$$

حيث أظهرت النتائج بأن متغير عمل الأم هو المتغير الوحيد الذي يتنبأ باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، إذ بلغت قيمة ($R^2=0.016$) وهي دالة عند مستوى 0.008 .

5.1.4. نتائج سؤال الدراسة الخامس والسادس

- هل يختلف مستوى نوعية الحياة، لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم باختلاف عمل الأم، وعمرها ، ومستوى تعليمها، ومكان سكنها؟

- هل تختلف درجة شيعوع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم باختلاف عمل الأم، وعمرها، ومستوى تعليمها ، ومكان سكنها؟

واتبثق عن هذين السؤالين الفرضيات التالية:

1.5.1.4. نتائج الفرضية الأولى

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين نوعية الحياة وبين درجة شيعو اضطراب فرط الحركة تشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

للتحقق من صحة الفرضية الأولى استخدم اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لإيجاد العلاقة بين مستوى نوعية الحياة وبين درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (6.4):

جدول 6.4: نتائج اختبار معامل الارتباط بيرسون للعلاقة بين متغيري نوعية الحياة واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل الارتباط (r)	مستوى الدلالة الاحصائية
مستوى نوعية الحياة	428	2.01	0.58	-0.415**	0.001*
اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه	428	1.97	0.57		

يبين الجدول رقم (6.4) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين مستوى نوعية الحياة ودرجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم، فقد وجد معامل ارتباط سالب دال إحصائياً بين المتغيرين، حيث كانت قيمة $r = (-0.415)$ وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.001)، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، انخفض مستوى نوعية الحياة، والعكس صحيح. وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين مستوى نوعية الحياة وبين درجة شيعو اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم.

2.5.1.4. نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم (تعمل، لا تعمل).

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم استخدام اختبار (t- Test) للفروق في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم (تعمل، لا تعمل) ربة منزل))، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (7.4):

جدول رقم 7.4: نتائج اختبار ت (t- Test) للفروق في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم.

الدلالة الإحصائية	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	عمل الأم	البعد
0.155	1.433	417	10.53	94.35	58	تعمل	الوظائف الجسمية
			13.92	92.10	361	ربة منزل	
0.001*	3.921	422	25.32	79.92	57	تعمل	المعيقات الاجتماعية – الانفعالية / السلوكية
			31.18	65.30	367	ربة منزل	
0.001*	3.826	421	19.72	88.98	59	تعمل	المعيقات الاجتماعية – الجسدية
			28.59	77.61	364	ربة منزل	
0.002*	3.124	425	15.17	86.44	59	تعمل	الألم الجسدي
			21.12	79.37	368	ربة منزل	
0.133	1.507	410	15.99	71.75	57	تعمل	السلوك العام
			16.29	68.26	355	ربة منزل	
0.039*	2.068	415	14.95	71.03	58	تعمل	الصحة النفسية
			16.06	66.38	359	ربة منزل	
0.133	1.504	417	11.89	88.21	59	تعمل	تقدير الذات
			13.65	85.37	360	ربة منزل	
0.001*	3.247	416	27.57	72.56	58	تعمل	تأثر الأم الانفعالي
			27.88	59.77	360	ربة منزل	
0.001*	3.535	419	28.53	77.39	58	تعمل	تأثر وقت الأم
			29.34	62.78	363	ربة منزل	
0.010*	2.625	414	17.91	72.68	54	تعمل	النشاطات العائلية
			23.07	65.52	352	ربة منزل	
0.010*	2.639	414	22.47	76.29	58	تعمل	التماسك العائلي
			28.43	67.55	358	ربة منزل	
0.704	0.380	413	14.34	78.81	58	تعمل	إدراك الصحة العامة
			16.73	77.92	357	ربة منزل	
0.001*	3.980	425	10.99	72.54	59	تعمل	الدرجة الكلية
			12.46	65.69	368	ربة منزل	

عندما تقل $n=428$ فإن هناك قيماً ناقصة

يتضح من الجدول (7.4) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في متوسطات نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمل الأم، حيث بلغت قيمة (ت) على الدرجة الكلية لنوعية الحياة (3.980) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.001)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (72.54) وانحراف معياري (10.99).

أما على الأبعاد، فقد كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في متوسطات نوعية الحياة على الأبعاد التالية (المعوقات الاجتماعية - الانفعالية / السلوكية، المعوقات الاجتماعية - الجسدية، الألم الجسدي، تأثير الأم الانفعالي، تأثير وقت الأم، النشاطات العائلية، التماسك العائلي). فقد كانت قيمة (ت) على بعد المعوقات الاجتماعية - الانفعالية / السلوكية (3.921) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.001)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (79.92) وانحراف معياري (65.30).

وقد كانت قيمة (ت) على بعد المعوقات الاجتماعية - الجسدية (3.826) وهي أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.001)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (88.98) وانحراف معياري (19.72). أما على بعد الألم الجسدي، فقد كانت قيمة (ت) (3.124) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.002)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (86.44) وانحراف معياري (15.17). كما كانت قيمة (ت) على بعد تأثير الأم الانفعالي (3.247) وهي أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى (0.001)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (72.56) وانحراف معياري (27.57). وقد كانت قيمة (ت) على بعد تأثير وقت الأم (3.535) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.001)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (77.39) وانحراف معياري (28.53). أما على بعد النشاطات العائلية فقد كانت قيمة (ت) هي (2.625) وهي أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى (0.010)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (72.68) وانحراف معياري (17.91).

وأخيراً فقد كانت قيمة (ت) على بعد التماسك العائلي (2.639) وهي أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى (0.010)، وكانت الفروق لصالح الأمهات العاملات بمتوسط حسابي (76.29) وانحراف معياري (22.47). وهذا يدعو إلى رفض الفرضية الصفرية على الأبعاد التالية (المعوقات الاجتماعية - الانفعالية / السلوكية، المعوقات الاجتماعية - الجسدية، الألم الجسدي، تأثير الأم الانفعالي، تأثير وقت الأم، النشاطات العائلية، التماسك العائلي)، وعلى الدرجة الكلية لنوعية الحياة، ويتم

قبول الفرضية الصفرية على الأبعاد التالية(الوظائف الجسمية، والسلوك العام، والصحة النفسية، وتقدير الذات، وإدراك الصحة العامة).

3.5.1.4. نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم للتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم(8.4):

جدول 8.4 – أ: الأعداد والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	عمر الأم	البعد
مرتفعة	10.77	93.98	133	30 فأقل	الوظائف الجسمية
مرتفعة	14.02	91.99	234	40-31	
مرتفعة	16.89	90.27	52	41 فأكثر	
متوسطة	29.58	64.94	135	30 فأقل	المعوقات الاجتماعية – الانفعالية – السلوكية
متوسطة	31.21	69.88	235	40-31	
متوسطة	31.62	61.73	54	41 فأكثر	
متوسطة	28.71	76.37	134	30 فأقل	المعوقات الاجتماعية – الجسدية
مرتفعة	27.44	80.51	236	40-31	
مرتفعة	26.90	80.50	53	41 فأكثر	
مرتفعة	18.40	82.43	136	30 فأقل	الألم الجسدي
متوسطة	22.07	78.99	237	40-31	
مرتفعة	18.39	81.11	54	41 فأكثر	
متوسطة	15.96	67.22	133	30 فأقل	السلوك العام
متوسطة	16.44	69.66	229	40-31	
متوسطة	16.35	68.58	50	41 فأكثر	
متوسطة	15.25	66.38	134	30 فأقل	الصحة النفسية
متوسطة	15.93	68.32	232	40-31	
متوسطة	17.47	62.84	51	41 فأكثر	

جدول 8.4 - ب:

مرتفعة	14.30	85.43	133	30 فأقل	تقدير الذات
مرتفعة	12.52	86.39	232	40-31	
مرتفعة	15.09	83.95	54	41 فأكثر	
متوسطة	27.70	69.03	133	30 فأقل	تأثر الأم الانفعالي
متوسطة	28.92	59.45	231	40-31	
متوسطة	25.51	64.35	54	41 فأكثر	
متوسطة	28.63	65.36	136	30 فأقل	تأثر وقت الأم
متوسطة	30.29	63.38	233	40-31	
متوسطة	29.20	69.66	52	41 فأكثر	
متوسطة	22.94	66.54	129	30 فأقل	النشاطات العائلية
متوسطة	22.73	66.41	225	40-31	
متوسطة	21.30	66.59	52	41 فأكثر	
متوسطة	28.42	67.95	132	30 فأقل	التماسك العائلي
متوسطة	26.23	71.15	230	40-31	
متوسطة	31.55	60.65	54	41 فأكثر	
مرتفعة	15.60	80.01	131	30 فأقل	إدراك الصحة العامة
متوسطة	17.12	77.05	232	40-31	
متوسطة	14.90	77.55	52	41 فأكثر	
متوسطة	12.31	66.68	136	30 فأقل	الدرجة الكلية
متوسطة	12.49	66.90	237	40-31	
متوسطة	13.00	65.40	54	41 فأكثر	

عندما تقل ن=428 فإن هناك قيمة ناقصة

يتضح من الجدول رقم (8.4) وجود تقارب بين متوسطات نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للفئة العمرية 30 فأقل (66.68)، والفئة العمرية 31-40 (66.90)، والفئة العمرية 41 فأكثر (65.40). ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم كما هو موضح في الجدول (9.4):

جدول 9.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى عمر الأم.

الدلالة الاحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البعد
0.191	1.664	302.911	2	606.822	بين المجموعات	الوظائف الجسمية
		182.032	416	75725.389	داخل المجموعات	
			418	76331.212	المجموع	
0.122	2112	1997.672	2	3995.344	بين المجموعات	المعوقات الاجتماعية - الانفعالية / السلوكية
		945.834	421	398196.3	داخل المجموعات	
			423	402191.6	المجموع	
0.363	1.016	784.322	2	1568.644	بين المجموعات	المعوقات الاجتماعية - الجسدية
		772.017	420	324247.0	داخل المجموعات	
			422	325815.6	المجموع	
0.286	1.256	528.873	2	1057.747	بين المجموعات	الألم الجسدي
		421.202	424	178589.6	داخل المجموعات	
			426	179647.3	المجموع	
0.386	0.953	252.661	2	505.323	بين المجموعات	السلوك العام
		264.985	409	108378.7	داخل المجموعات	
			411	10884.0	المجموع	
0.073	2.639	667.989	2	1335.979	بين المجموعات	الصحة النفسية
		253.084	414	104776.7	داخل المجموعات	
			416	106112.7	المجموع	
0.459	0.780	141.044	2	282.088	بين المجموعات	تقدير الذات
		180.935	416	75268.993	داخل المجموعات	
			418	75551.081	المجموع	
0.240	1.430	1131.182	2	2262.364	بين المجموعات	تأثر الأم الانفعالي
		790.899	415	328222.9	داخل المجموعات	
			417	330485.3	المجموع	
0.372	0.992	871.061	2	1742.122	بين المجموعات	تأثر وقت الأم
		878.054	418	367026.5	داخل المجموعات	
			420	368768.7	المجموع	
0.998	0.002	1.087	2	2.174	بين المجموعات	النشاطات العائلية
		511.872	403	206284.5	داخل المجموعات	
			405	206286.6	المجموع	
0.040*	3.236	2477.522	2	4955.044	بين المجموعات	التماسك العائلي
		765.544	413	316169.7	داخل المجموعات	
			415	321124.8	المجموع	
0.247	1.404	377.133	2	754.226	بين المجموعات	إدراك الصحة العامة
		268.685	412	110698.1	داخل المجموعات	
			414	111452.4	المجموع	
0.729	0.316	49.327	2	98.653	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		156.256	424	66252.712	داخل المجموعات	
			426	66351.365	المجموع	

يتضح من الجدول (9.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى الى عمر الأم وذلك على الدرجة الكلية وعلى أبعاد المقياس ما عدا بعد التماسك العائلي الذي أظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، حيث بلغت قيمة ف على هذا البعد (3.236) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.040). وبناء على المعطيات الواردة أعلاه تم قبول الفرضية الصفرية على الدرجة الكلية لنوعية الحياة وعلى بقية الأبعاد، ما عدا بعد التماسك العائلي الذي تم رفض الفرضية الصفرية عليه. ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قامت الباحثة باستخدام اختبار (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هو موضح في الجدول (10.4):

جدول 10.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في متوسطات نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تبعاً لمتغير عمر الأم.

المتغير	30 فأقل	40-31	41 فأكثر	البعد
30 فأقل		3.19763-	7.30640	التماسك العائلي
40-31	3.19763		10.50403*	
41 فأكثر	-7.30640	-10.50403*		

تشير المعطيات الواردة في الجدول (10.4) أن الفروق في متوسطات نوعية الحياة على بعد التماسك العائلي كانت بين (الفئة العمرية 40-31 ، وبين الفئة العمرية 41 فأكثر) لصالح الفئة العمرية 40-31.

4.5.1.4. نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى مستوى تعليم الأم (توجيهي فأقل، دبلوم، جامعي فأكثر).

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى نوعية الحياة لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم تعزى إلى مستوى تعليم الأم، وذلك كما هو موضح في الجدول رقم (11.4).