 https://doi.org/10.12816/0055672

The Level of Knowledge of Elementary School Teachers in Jordan of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Awnieh Ata Al-Shikh Joma'a Sawalha
Psychology and Special Education Department
Al-Ahliyya Amman University_Jordan
Sawalha53@yahoo.com

Received 13 /03/ 2019 Accepted 26/08/2019

Abstract:

The present study aims to assess the level of knowledge of elementary school teachers in Jordan of ADHD. The study sample consists of (87) male and female teachers. To achieve the objectives of the study, the researcher prepared an achievement test consisting of (36) paragraphs divided into three areas: general knowledge (15) paragraphs, diagnostic knowledge (12) paragraphs, and therapeutic knowledge (9) paragraphs.

The results of the study indicate that the teachers' knowledge level of ADHD is low on the total score and in the 3 areas of the test which is arranged respectively (general knowledge, diagnostic knowledge, and therapeutic knowledge). The study did not find significant differences in the level of knowledge due to variables of sex and age, while there were significant differences in the level of knowledge of teachers due to the educational experience for the less experienced, less than (5) years of experience.

Keywords: Knowledge, elementary school Teachers, Jordan, Attention deficit hyperactivity disorder.

مستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة في الأردنّ بحالات اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)

عونية عطا الشيخ جمعة صوالحة
قسم علم النفس والتربية الخاصة
جامعة عمان الأهلية_الاردن
Sawalha53@yahoo.com

استلام البحث 13 /2019/03 قبول البحث 2019/08/26

الملخص:

هدفت الدّراسة الحاليّة إلى تقييم مستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة في الأردنّ، بحالات اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD). وتكوّنت عيّنة الدّراسة من (87) مُعلّمًا ومُعلّمة. ولتحقيق أهداف الدّراسة قامت الباحثة بتعريب اختبار (KADDS)، والذي تكوّن من (36) فقرة موزّعة على ثلاثة مجالات هي: المعرفة العامّة (15) فقرة، والمعرفة التّشخيصيّة (12) فقرة، والمعرفة العلاجيّة (9) فقرة، وقد اِستُخرجت دلالات صدق المقياس وثباته، وكانت مقبولة لغايات قياس مستوى معرفة مُعلّمي الصّفوف الأولى بحالات ذوي تشتّتِ الانتباه والحركة الزّائدة.

وقد أشارت نتائج الدّراسة إلى أنّ مستوى معرفة المُعلّمين بحالات ذوي تشتّت الانتباه والحركة الزائدة منخفضٌ على الدّرجة الكليّة، وعلى مجالات الاختبار الثّلاثة، وكان ترتيبها على التّوالي: (المعرفة العامّة، والمعرفة التّشخيصيّة، والمعرفة العلاجيّة)، بينما لم تجد الدّراسة فروقًا ذات دلالة إحصائيّة في مستوى معرفة المُعلّمين تعود لمتغيّرات: الجنس، والعمر، بينما كانت هناك فروقٌ ذات دلالة إحصائيّة في مستوى معرفة المُعلّمات، تعود لمُتغيّر الخبرة التّدريسيّة لصالح ذوي الخبرة أقلّ (5) سنوات.

الكلمات المفتاحية: الأردنّ، اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد.

المقدمة:

يُعدّ اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)، من أكثر الاضطرابات السّلوكيّة شيوعًا بين الأطفال، ويشمل مستويات متفاوتة من الحدّة، ويتطلّب تشخيص هذه الحالات وعلاجها، اختبارات ومقاييس وأساليب متنوّعة وبيئات تعليميّة مُجهّزة، وعند إمعان النّظر في هذه الفئة نجد أنّها تشمل تلاميذ يتمتّعون بقدرات جسديّة وحسيّة وعقليّة تقع ضمن المتوسّط العادي، ومع ذلك توجد لديهم مظاهر سلوكيّة غير سويّة، ويعود ذلك إلى خصائص هذا الاضطراب التي تبدو جليًّا في مراحل التّعلّم الأولى، كتشتّت الانتباه، والحركة الزّائدة، والاندفاعيّة، وعدم اتّباع التّعليمات الصّفيّة، وما إلى ذلك من سلوكات تعوقُ العمليّة التّعليميّة، وتؤدّي إلى مشاكل تعلّميّة واضحة، لا يمكن التغاضي عنها أو إهمالها، وتتّضح آثارها بوجود تباين واضح بين الأداء الأكاديميّ الفعلي، والأداء المتوقّع لهم حتّى مع توافر فرص تعليميّة وتربويّة متساوية بينهم، وبين أقرانهم في البيئة التّعليميّة ذاتها.

ولأنّ المُعلّم حجر الأساس في أيّ نظام تربويّ، وله دوره الفاعل في العمليّة التّعليميّة التّعلّمية، بوصفه قائدًا ومُخطّطًا ومُنظّمًا، وليكون قادرًا على القيام بدوره على أكمل وجه، لا بدّ أن تتوافر لديه معرفة صحيحة بخصائص التلاميذ، مُدركًا حاجاتهم، ومراعيًا بذلك الفروق الفرديّة بينهم، الّتي تتّضح من خلال مواجهة سلوكاتهم ومراقبتها. وبما أنّ هناك نسبة لا بأس بها من التلاميذ في مدارس الأردنّ الذين يظهرون سلوكاتٍ غير عاديّة وغير سوية، تقدّر بحوالي (5– 10%)، فإنّ واجب المُعلّم التنبّه إلى هذه السلوكات وضبطها وتعديلها؛ ليتمكّن من إدارة الصّفّ، وإدارة التّعليم بطريقة فاعلة[6].

من المعروف في نظامنا التّعليميّ في الأردنّ، بأنّ مُعلّمي المرحلة الأساسيّة يقضون معظم الوقت مع هؤلاء التلاميذ؛ لتعليمهم المهارات الأكاديميّة، أو تدريبهم من خلال الأنشطة المدرسيّة، فهم أكثر الناس قُربًا منهم، وأكثرهم قدرة على ملاحظة أشكال السّلوك لديهم، لذا بات من الضّروريّ تقييم مستوى معرفتهم في خصائص هذه الفئة من التلّاميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه/ فرط النّشاط (ADHD). حيث إنّ كثيرًا من مُعلّمي هذه المرحلة حتّى يومنا هذا، لا يعرفون شيئًا عن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النّشاط (ADHD)، أو لا يعرفون الشّيء الكثير عن هذا المجال لأسباب عدّة منها: انعدام النّدوات والدورات والبرامج الإرشاديّة، وربما في كثير من الأحيان إلى غياب الوعي الإعلاميّ الذي يُبصّر مُعلّمي التّعليم العام بمشاكل هذه

الفئة من التّلاميذ وخصائصهم التي يتميّزون بها، والأعراض التي تبدو عليهم، وكيف يكتشفون تلاميذهم منذ البداية وفي مرحلة مبكّرة من حياتهم، وما هي أنسب أساليب الدّعم والرّعاية التي من الممكن تقديمها للتلميذ، للتّخفيف من حدّة هذا الاضطراب قدر الإمكان، ليكون قادرًا على التّعلّم في البيئة التّعليميّة العاديّة، خاصّة وأنّ غياب الأدوات الطبيّة للكشف عن هذا الاضطراب، تؤكّد أهميّة دور المُعلّمين للكشف عن هؤلاء التّلاميذ في صفوف المدرسة، والتّعرّف إلى سلوكاتهم[30، 34].

هناك العديد من الدّراسات التي أُجريت للكشف عن دور المُعلّمين في تشخيص هذا الاضطراب، ومن هذه الدراسات ما قام به كاري[20] على عيّنة من أطبّاء الأطفال، للتّعرّف إلى طرق تشخيص هذا الاضطراب لدى طلبة المدارس، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أنّ أكثر من نصف عيّنة الأطباء اعتمدوا في تشخيصهم لهذا الاضطراب على تقارير المُعلّمين، نتيجة ملاحظاتهم لسلوك هؤلاء التّلاميذ في الغرف الصفيّة والبيئة المدرسيّة، وهذا ما يؤكّد أهميّة دور المُعلّم في عمليّات التّشخيص والإحالة والعلاج[25، 34].

من هنا برزت أهميّة هذه الدّراسة للتعرف إلى مستوى معرفة مُعلّمي المدارس الأساسية باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD).

مُشكلة الدّراسة:

ينتشر اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)، في مدارسنا في الوطن العربي بنسبة لا يمكن التّغاضي عنها، تُقدّر بحوالي (5- 15%)[1،19]، ولا يقف تأثير هذا الاضطراب على التّلاميذ أنفسهم فقط، بل يمتدّ أثره السلبيّ ليشمل جميع عناصر العمليّة التّعليميّة، ونخصّ بالذّكر التلاميذ العاديين والمُعلّمين، إضافة إلى الآثار السّلبيّة التي تواجهها الأسرة، نتيجة خصائص هذا الاضطراب، والسّلوكات المرافقة لهذه الخصائص، والتي لا يمكن السيطرة عليها في الصّفوف العاديّة من قبل مُعلّمين ليس لديهم إلّا القليل من المعرفة عن هذه الخصائص، ولا يستطيعون التّدخّل بالبرامج التّربويّة في الوقت المناسب، الأمر الذي يقود إلى امتداد هذه الاضطرابات لتؤثّر على حياة التّلميذ في جميع المجالات؛ ممّا يسبّب مشكلات عدّة، في المنزل والمدرسة والعمل والعلاقات الاجتماعيّة، فضلًا عن المشكلات الأكاديميّة، لذا كان لا بدّ من تهيئة بيئة تعليميّة مناسبة؛ للحدّ من الآثار السّلبيّة، يكون محورها المُعلّم، ليتمكّن من إدارة التّعليم بفاعليّة مُحققًا الأهداف المرجوّة من التّعليم.

لذا كان لا بدّ من إجراء هذه الدراسة لتقييم مستوى معرفة مُعلّمي التّعليم الأساسيّ في الأردنّ، باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD). وتحديدًا سعت الدّراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الأوّل: ما مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزائد (ADHD)؟

السؤال الثّاني: هل يختلف مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD) باختلاف العمر، والجنس، وسنوات الخبرة؟

أهميّة الدّراسة:

تتمثّل أهميّة الدّراسة الحاليّة في النقاط الآتية:

1- قلّة الدّراسات المحليّة والعربيّة التي أُجريت للتّعرّف إلى مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD).
2- تتناول هذه الدّراسة مشكلة أكاديميّة نسبة انتشارها بين طلبة المدارس مرتفعة تُقدّر بحوالي (5%- 15%).
3- تُقدّم هذه الدّراسة للمسؤولين وأصحاب القرار معلومات مفيدة حول مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)؛ لاتّخاذ إجراءات رسميّة بشأن مساعدة المُعلّمين، وتطوير معرفتهم عن هذا الاضطراب.

أهداف الدّراسة:

1- التعرف إلى مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة في الأردنّ باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD).
2- دراسة أثر مُتغيّرات: الجنس، والعمر، وسنوات الخبرة في مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD).

حدود الدّراسة:

تتمثّل حدود الدّراسة بالآتي:

الحدود المكانيّة: أُجريت الدّراسة في المدارس الأساسيّة في المملكة الأردنيّة الهاشميّة.

الحدود الزّمانيّة: أُجريت الدّراسة في الفترة الزمنيّة بين 2018-2019م.

الحدود البشريّة: مُعلّمي المرحلة الأساسيّة في المدارس الحكوميّة في الأردنّ.

الحدود الموضوعيّة: المعرفة بموضوع اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالحركة الزّائدة المنتشر بنسبة كبيرة.

مصطلحات الدّراسة:

- مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسية باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD):

يمثّلها في هذه الدراسة الدّرجة الكليّة للمُعلّمات على اختبار المعرفة باضطراب عجز الانتباه المرافق للنّشاط الزّائد، والذي يتكوّن من الأبعاد الآتية: (المعرفة العامّة، المعرفة التّشخيصيّة، المعرفة العلاجية).

– اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD):

اضطراب مُزمن يعود لأسباب عصبيّة ترافق ذلك أشكال من السّلوك التي لا تتّفق مع المعايير الاجتماعيّة، والأداء الأكاديميّ والمهني، يتّصف بمستويات نمائية غير ملائمة من عدم الانتباه، والنّشاط الزّائد، والاندفاعية[3].

– مُعلّمات المرحلة الأساسيّة:

المُعلّمات المُعيَّنات من قبل وزارة التّربية والتّعليم لتدريس طلبة المرحلة الأساسيّة المواد الأكاديميّة المُقرّرة.

الأدب النّظري:

يُعدّ اضطراب (ADHD) أحد الاضطرابات النّمائية السّلوكيّة التي نالت اهتمام الباحثين بإجراء العديد من الدراسات للتعرف إلى هذا الاضطراب، منها ما بحث في أسباب هذا الاضطراب، وأساليب تشخيصه، وطرق علاجه، كما أنّ هناك دراسات أُجريت على كيفيّة تعليم هذه الفئة من التلاميذ في البدائل التّربويّة المختلفة.

وهو من أكثر الاضطرابات النّفسيّة شُيوعًا التي يتمّ تشخيصها في مرحلة الطّفولة. وقد قدّرت الجمعيّة الأمريكيّة للطبّ النّفسيّ في عام 2000، مُعدّل انتشار اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD) بـ (3٪ – 7٪) بين الأطفال في سنّ الدّراسة[16]. بالإضافة إلى ذلك، فإنّه في عام 2004، ذكرت الأكاديميّة الأمريكيّة لطبّ الأطفال أنّ ما نسبته 6٪– 9٪ من طلّاب المدارس يعانون من (ADHD)[13]، كما قدّر معظمُ الباحثين أنّه سيكون هناك على الأقل طفل واحد يعاني من اضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD) في الصف الدراسي العادي[23،19،24،26].

وتشير معظم الدراسات بأنّ نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى طلبة المدارس تُقدّر بحوالي (3–5%)، وتختلف هذه النسبة في الذّكور عنها في الإناث، إذ تبلغ هذه النسبة لدى الذكور خمسة أضعاف الإناث، ويظهر لدى الذكور سلوك اضطراب النّشاط الزّائد والاندفاعية، بينما يظهر لدى الإناث سلوك عدم الانتباه[4].

يقترن اضطراب (ADHD) مع الصّعوبات التّعلميّة من جهة، ومع المشكلات السّلوكيّة من جهة أخرى، فقد قُدّرت نسبة التّقاطع ما بين اضطراب (ADHD) وصعوبات التّعلم بأنّها قد تصل إلى (10–25%)، إذ تظهر على التلاميذ ذوي اضطراب (ADHD) خصائص صعوبات التّعلّم، من تشتّت الانتباه، وعدم التّركيز، والاندفاعيّة، التي عادة ما تتسبب في مشاكل خطيرة في العديد من مجالات الأداء المختلفة، منها على سبيل المثال: العلاقات بين الأشخاص، والعلاقات الاجتماعية، والأداء الأكاديمي. وغالبًا ما يكون الأطفال المصابون باضطراب (ADHD) غير قادرين على التّكيّف مع الأوامر والمتطلّبات الصّفيّة، فهم غير قادرين على بناء علاقات اجتماعيّة ناجحة مع زملائهم أو مُعلّميهم، فهم مُعيقون للعمليّة التّعليميّة، ويعطّلون –من خلال ما يقومون به من تشويش– الفصولَ الدراسيّة، فهم مندفعون في سلوكاتهم. هؤلاء الأطفال يُظهرون تأخّرًا في الأداء الأكاديمي، ويتطلّب تعليمهم المزيد من الوقت والطّاقة من مُعلّميهم؛ بسبب هذه السّلوكات غير المناسبة، لذا قد يكون تعليم الأطفال المصابين باضطراب (ADHD) مهمّة صعبة بالنسبة لمعظم المُعلّمين[37].

كما أنّ نسبة التّقاطع ما بين اضطراب (ADHD) والاضطرابات السّلوكيّة تصل إلى (25– 50%)، وتظهر على التّلاميذ ذوي اضطراب (ADHD) خصائص الاضطرابات السّلوكيّة مثل: السّلوكات العدوانيّة، والسّلوكات الموجّهة نحو الخارج، كما يظهر على بعضهم سلوك الانسحاب، والقلق، والاكتئاب[4].

اعتمدت الجمعيّة الأمريكيّة للطبّ النّفسيّ الدليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطرابات العقليّة النّسخة الرّابعة (DSM-IV-TR)؛ لتشخيص اضطراب (ADHD)، والذي ينصّ على أنّ أعراض الاضطراب يجب أن تظهر في بيئتين مُختلفتين أو أكثر، كالمنزل والمدرسة، وعرّفته بوصفه اضطرابًا، يتمّ التّعرّف إليه من خلال نمط ثابت من عدم الانتباه و/ أو الاندفاعية المُفرطة، والذي يتمّ ظهوره بشكل متكرّر وأكثر شدّة ممّا يظهر عادة في أقرانهم العاديّين، ويصنّف هذا الدّليل اضطراب (ADHD) إلى ثلاث فئات هي: الفئة الأولى: وتغلب عليها سمة عدم الانتباه، الفئة الثانية: وتغلب عليها سمة النّشاط الزّائد والاندفاعيّة، الفئة الثالثة: وهي مختلطة وتتضمّن سمة عدم الانتباه، وسمة النّشاط الزّائد والاندفاعيّة[4،17].

تُعدّ عمليّة الانتباه إحدى العمليّات العقليّة التي تؤدّي دورًا مهمًّا في حياة الفرد من حيثُ قدرته على الاتّصال بالمُثيرات البيئيّة المُحيطة به، والتي تنعكس في اختياره للمُنبّهات الحسيّة المختلفة والمناسبة، حتّى يتمكّن من تحليلها وإدراكها، والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيّف مع بيئته الدّاخليّة أو الخارجيّة، وقد حظي موضوع الانتباه بعناية كبيرة من قبل الباحثين؛ لأنّه محور النّظام السيكولوجي بصفة عامّة، فمن خلاله يمكن للفرد اكتساب الكثير من المهارات وتكوين الكثير من العادات السّلوكيّة المُتعلّمة[10]، ويُعدّ الانتباه عمليّة عقليّة نمائية، وقد حظي باهتمام كبير في مراحل العمر المختلفة، وخصوصًا المرحلة الابتدائيّة، والصفوف الأولى من مرحلة التّعليم الأساسيّة.

وقد اهتمّت الدراسات والبحوث باضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة (Attention Deficit Hyperactivity

(Disorders,ADHDعلى مدار السنوات الماضية، وقد تناولت تلك الدراسات هذا الاضطراب من عدّة جوانب بما فيها تأثير أعراض الاضطراب على الطّفل والأسرة والمجتمع المحيط بالطفل، اذ يُعدّ اضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة (ADHD) من الاضطرابات التي يعاني منها طلاب المرحلة الأساسيّة العاديّين وغير العاديّين، ويُعدّ هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات السّلوكيّة العصبية شيوعًا[7]، ويظهر الاضطراب لدى الأطفال في جميع أنحاء العالم، ولكن الدّراسات الإحصائيّة التي توفّر نسبًا رقميّة حقيقيّة ودقيقة عن مدى انتشاره، تكاد تكون قليلة في كلٍّ من الولايات المتّحدة الأمريكيّة وبريطانيا، ونادرة في الوطن العربي، إذ تشير الأبحاث والدّراسات إلى تزايد عدد الأطفال المصابين به على المستوى المحلّي والعالمي.

وقد ذكر كثير من الباحثين المفاهيم الأساسيّة لهذا الاضطراب، والمظاهر المُميّزة لذوي اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة، فهي كما أوردها العاسمي[11] تنحصرُ بالآتي:

- تشتّت الانتباه (Inattention): وتعني النّقص في الانتباه، وميل الفرد إلى التّشتّت، وضعف التّركيز لديه.
- النّشاط الزّائد (Hyperactivity): وهو النّشاط الحركيّ غير الهادف.
- السّلوك الاندفاعيّ :(Impulsivity) ويعني ميل الفرد إلى الاستجابة بسرعة دون تفكير في النّتائج المترتبة على سلوكه، سواء أكان على نفسه أم على الآخرين.

وقد تظهر أعراض تشتّت الانتباه وفرط الحركة والاندفاعيّة معًا، أو قد تظهر بشكل منفرد، كما أنّ هذه المظاهر قد تختلف تبعًا لمُتغيّر العمر الزمني، أو حسب حالة الفرد العقليّة أو الانفعاليّة، وأيًّا كانت تلك الأعراض فإنّها تؤدّي إلى ظهور العديد من المشكلات السّلوكيّة، والتي قد تؤثّر بشكل سلبيّ على الطّفل، وعلى مجتمعه، وعلى البيئة المُحيطة.

وتتمثّل مظاهر تشتّت الانتباه كما ذكرها جريسات والطّحان[2] في الآتي:

- قصور واضح في الانتباه إلى التّفاصيل، أو ظهور الأخطاء التي تتمّ عن الإهمال في الواجبات المدرسيّة، أو في العمل، أو غير ذلك من النّشاطات والمهام الأخرى.
- ضعف القدرة على الاحتفاظ في الانتباه فيما يقوم به من مهام أو نشاطات اللعب.
- ضعف الإصغاء حينما يتمّ توجيه الكلام إليه مباشرة.
- فشل في تنفيذ التّعليمات الصّادرة إليه، والفشل في إنجاز الواجبات المدرسيّة والأعمال الروتينيّة.
- ضعف القدرة على تنظيم المهام والأنشطة.
- ضعف الرغبة وتجنّب الواجبات التي تتطلّب جهدًا عقليًّا كالمهام والواجبات المدرسيّة أو التردّد في القيام بها.
- فقدان الأشياء الضّروريّة لأداء مهامهم وأنشطتهم، مثل: (الألعاب أو الأقلام والكتب، والمتطلبات المدرسية، والأدوات).
- تشتّت الانتباه بأيّ منبّه خارجي عرضيّ أو جوهريّ.
- سرعة النّسيان من خلال النّشاطات اليوميّة.

كما أضاف مطران ومسافر[13] المظاهر الآتية:

- يفشل أن يعطي انتباه مركز للتفاصيل، ولديه أخطاء في العمل المدرسيّ.
- غالبًا ما يجد صعوبة في الانتباه للأعمال سواء الصّعبة أم السّهلة.
- يسرح باستمرار أثناء أداء الأنشطة.
- يبدو عليه عدم الانتباه والتّشتّت عندما تتحدّث إليه مباشرة.
- لا يتّبع التّعليمات، ويفشل في إنهاء العمل المدرسيّ، ولا يحلّ الواجبات المُكلّف بها.
- يجد صعوبة في تنظيم أنشطته والأعمال التي يحاول القيام بها.
- يتجنّب الاشتراك في أداء المهام التي تتطلّب مجهودًا ذهنيًّا .
- غالبًا ما يفقد الأشياء الضّرورية للقيام بالأنشطة والمهام مثل: الأقلام، والكتب.
- ينسى الأنشطة اليوميّة وكذلك أشياءَه الشخصيّة.
- عدم إتمام الأنشطة وينتقل من نشاط إلى آخر دون إتمام الأوّل أو التّفكير في إنهائه.
- عدم القدرة على متابعة المعلومات سواء السمعيّة أم البصريّة للنّهاية.
- يعاني من صعوبات التّعلّم.
- غير قادر على التّركيز.
- يعاني من التّشتّت وأحلام اليقظة.
- لا يُصغي للآخرين.
- يتشتّت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات الخارجيّة.
- يفشل في متابعة التّعليمات التي توجّه إليه.
- يتعرّض للحوادث بسبب تشتت الانتباه.

النّشاط الزّائد:(Hyperactivity): يمكن للمُعلّم ملاحظة العديد من أنماط السّلوك، التي تشير إلى النّشاط الزّائد، مثل التي أوردها الزارع[5]:

- تململ الطّالب في أثناء جلوسه على المقعد.
- تحريك اليدين أو القدمين بعصبية أثناء الجلوس.
- ترك المقعد بشكل متكرّر.
- يُفرط في الرّكض حول الأشياء.
- يُفرط في الكلام ويقاطع الآخرين أثناء تحدّثهم.

- يجيب عن السّؤال قبل أن ينهيه المُعلّم.

وتتمثّل مظاهر النّشاط الزّائد كما ذكرها جريسات والطحان[2] بالآتي:

- حركات جسديّة تعبّر عن التّململ والقلق مثل اللعب باليدين، أو التّململ في المقعد.
- مغادرة المقعد الدّراسي أو أيّة أماكن أخرى دون إذن المُعلّم.
- التّحرّك والجري والتّسلّق بشكل مبالغ فيه، وفي ظروف غير ملائمة.
- مواجهة صعوبة في الاشتراك في الأنشطة، وممارسة اللعب بهدوء.
- الحركة الدّائمة والمستمرة، وكأنّما يتحرّكون بمحرك.
- كثرة الكلام والتّحدّث بشكل مفرط.

كما أضاف مطران ومسافر[13] المظاهر الآتية:

- يحرك قدميه ويديه كثيرًا ويتلّوى في مقعده.
- يترك مقعدَه في الفصل أثناء شرح المُعلّم ويتجوّل في الغرفة الصّفيّة.
- يتحرك ويجري بإفراط في أوقات غير مناسبة.
- يجد صعوبة في اللعب أو الانغماس في الأنشطة الترفيهيّة بهدوء.
- متعجّل باستمرار، ودائم الحركة.
- ثرثار أي يتحدث باستمرار دون كلل أو ملل.
- عدم الاستقرار أثناء الجلوس.
- يسبب صخبًا داخل الغرفة الصّفيّة.
- يزعج الآخرين في الغرفة الصّفيّة.
- غير متعاون مع مُعلّميه.
- يظهر سلوك العناد والمعارضة.
- يخالف التّعليمات والأنظمة.
- يسلك سلوكات تخالف أقرانه.
- يصعب التّنبّؤ بسلوكه.

الاندفاعيّة (Impulsivity): تعرّف الاندفاعيّة بأنّها عدم التّروّي في الاستجابة في المواقف المختلفة، وتتمثّل في التّسرّع بالإجابة قبل أن يكتمل توجيه السّؤال عليه، وصعوبة في انتظار الدّور لشيء معيّن، أو انتظار عودة شخص، ومقاطعة الآخرين أو إقحام أنفسهم، مثل التّدخّل في محادثات جارية أو في ألعاب قائمة[2].

إنّ معرفة المُعلّمين بخصائص حالات (ADHD) تؤدّي إلى زيادة ثقتهم في تعليم وإدارة صفوف الأطفال الذين يعانون من(ADHD)[22،23].

وبالبحث عن الدّراسات التي تناولت البحث في اضطراب (ADHD)، وجدت الباحثة العديد من الدّراسات التي تناولت الأسباب، وطرق التّشخيص وإستراتيجيّات العلاج، ووجدت القليل من الدّراسات التي حاولت تقييم معرفة المُعلّمين باضطراب (ADHD)، والتي أظهرت نتائجها بأنّ معرفة المُعلّمين بهذا الاضطراب غير كافية، كما أنّ لديهم تصور خاطئ عن طبيعة هذا الاضطراب وأسباب تطوّره، والتّنبؤات المستقبليّة عن مصير هؤلاء التلاميذ[26]. وأشارت نتائج دراسات قليلة بأنّ عدد المُعلّمين الذين خضعوا للتدريب للتّعرّف إلى خصائص اضطراب (ADHD) هم قلّة[8،15،38].

في دراسة المغامسي والجوهاني (2018)[16]، التي هدفت التّعرّف إلى مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة في المدارس الحكوميّة في المدينة المنوّرة باضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة، ومعرفة بعض المُتغيّرات التي تؤثّر على مستوى هذه المعرفة. شملت عيّنة الدّراسة (416) مُعلّمًا ومُعلّمة، تراوحت أعمارهم ما بين 22 إلى 66 عامًا. وقد تمّ استخدام مقياس اضطرابات تشتّت الانتباه (KADDS)[36]. وأظهرت النّتائج أنّ متوسّط نسبة مستوى المعرفة العامّة بالاضطراب 41.6% تقريبًا، وأنّ متوسّط نسبة مستوى المعرفة بأعراض الاضطراب وتشخيصه تعادل 41.7%، وأنّ متوسّط نسبة مستوى المعرفة بعلاج الاضطراب تعادل30% تقريبًا، وكان المتوسّط ككل ضعيفًا حيث بلغ (38%) تقريبًا. وتبيّن أنّ هناك فروق ذات دلالة إحصائيّة لصالح المُعلّمين الذين لديهم خبرة سابقة في تعليم طفل يعاني من اضطراب (ADHD)، في حين لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائيّة لمُتغيّرات: العمر، والجنس، والمؤهّل الأكاديميّ، وعدد سنوات الخبرة.

من الدّراسات الأردنيّة، الدّراسة التي أجراها الشبول (2017)[9]، التي هدفت إلى معرفة تصوّرات مُعلّمي المدارس الأساسيّة في الأردنّ عن اضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة، و بيان أثر مُتغيّرَي: التّخصص والخبرة التدريسيّة، في تصوّرات المُعلّمين حول هذا الاضطراب. وقد تمّ اختيار عيّنة الدّراسة بالطّريقة العشوائيّة البسيطة من المُعلّمين العاملين بالمدارس الأساسيّة في مديرية التّربية والتّعليم لمنطقة عمّان الأولى، وتكوّنت عيّنة الدّراسة من (337) مُعلّمًا، وتمّ تصميم أداة الدراسة لقياس تصوّرات المُعلّمين لاضطرابات النّشاط الزّائد وتشتّت الانتباه، وتمّ التّأكّد من صدقها وثباتها بالتّطبيق على عيّنة استطلاعيّة من خارج عينة الدراسة الأصليّة، وأظهرت نتائج الدّراسة أنّ درجة تصوّرات المُعلّمين باضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة بشكل عام كانت متوسّطة، وقد تبيّن أنّ درجة تصوّر المُعلّمين لتشتّت الانتباه كانت متوسّطة، بينما تصوّرهم لنشاط فرط الحركة كان مُنخفضًا، كما بيّنت النّتائج عدم وجود فروق دالّة إحصائيًا بين المُعلّمين في تقدير تصوّرهم لاضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة، تُعزى لمُتغيّرَي: التّخصّص والخبرة التّدريسيّة.

واستهدفت دراسة سعفان وآخرين (2017)[35] التعرف إلى معرفة المُعلّمين حول اضطراب نقص الانتباه وفرط النّشاط، بين أطفال المدارس الابتدائيّة في قريتَي: الباترون وكفر تمبدي، في قضاء شبين

الكوم بمحافظة المنوفيّة. شملت عيّنة الدّراسة (500) مُعلّم من المدارس الابتدائيّة، اختيروا بطريقة عشوائيّة، كما استخدم في هذه الدّراسة مقياس للتّعرّف إلى مستوى معرفة المُعلّمين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من إعداد الباحثين. وأشارت نتائج الدراسة أن نسبة (81.4٪) من المُعلّمين لم يتلقّوا أي دورات تدريبيّة خلال دراستهم عن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. وأيضًا كانت هناك نسبة (59٪) من المُعلّمين لديهم معرفة ضعيفة مقارنة مع نسبة (10.2٪) فقط لديهم معرفة جيّدة عن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، أي كانت معرفة المُعلّمين في العيّنة المدروسة ككل منخفضة وغير كافية. علاوة على ذلك، كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائيّة بين متوسّط درجة معرفة مجموع المُعلّمين حول (ADHD) والعمر لصالح مَن تجاوز الأربعين من العمر، والحالة الاجتماعيّة لصالح المتزوّجين أو الأرامل ، ومؤهّل التّعليم لصالح الدكتوراه ثم الماجستير ثم البكالوريوس على التّوالي، وسنوات الخبرة في التّدريس لصالح الذين لديهم خبرة أكثر من (15) سنة، ثم الخبرة من (10–15) سنة، وتلقّي الدورات التدريبية خلال مرحلة الدّراسة، وحضور ورشة عمل أثناء العمل، عن اضطراب نقص الانتباه وفرط النّشاط.

وهناك دراسة عربيّة، هي دراسة سليمان (2016)[8]، والتي هدفت التّعرّف إلى معارف المُعلّمين حول اضطراب (ADHD)، والكشف عن أثر المُتغيّرات الآتية: النّوع الاجتماعيّ، والعمر، والمؤهّل العلميّ، والخبرة السّابقة بالطلاب ذوي الاضطراب، وحضور الدّورات التّدريبيّة، وعدد سنوات الخبرة في التّعليم. وتكوّنت عيّنة الدّراسة من (102) من المُعلّمين والمُعلّمات، بإدارة ببا التّعليميّة التّابعة لمحافظة بني سويف بمصر، وقام الباحث بتعريب وتقنين مقياس (KADDS)، حيث تبيّن أنّ درجة معرفة المُعلّمين باضطراب تشتّت الانتباه وفرط الحركة ضعيفة إلى حدّ كبير، ولا توجد فروق دالّة بين المُعلّمين تُعزى لمُتغيّرات: الجنس، والخبرة السّابقة لتعليم طفل يعاني من (ADHD)، أو للمؤهّل العلمي. وتوجد فروق بين المُعلّمين حسب مُتغيّرات: سنوات الخبرة، وحضور الدورات التدريبيّة، لصالح الذين حضروا الدّورات.

كما هدفت دراسة برادشو وكمال (2017)[20] ، التّعرّف إلى مستوى معرفة مُعلّمي التّعليم العام في المدارس القطريّة باضطراب نقص الانتباه وفرط النّشاط (ADHD)، من حيث الخصائص، وطرق العلاج الطّبيّ، والمعرفة العامّة عن الاضطراب. وقد اختيرت عيّنة الدّراسة بطريقة عشوائيّة من مُعلّمي المدارس المستقلّة في قطر، كما استخدم مقياس (KADDS) المُطوّر للبيئة القطريّة، أشارت نتائج الدراسة بأن مستوى المعرفة كان منخفضًا لا يتجاوز (35%)، وكانت معرفة المُعلّمين تركّز على جوانب المعرفة العامّة عن هذا الاضطراب، ولا تشمل معرفة في مجالات تتعلّق بالأعراض والأسباب والعلاج.

أمّا دراسة عوض الله (2016) [18] فقد بحثت عن أنشطة بناء القدرات التي تستهدف مُعلّمي المدارس الابتدائيّة في مدينة المنصورة في مصر؛ من خلال فحص معرفتهم، وتنفيذ برنامج تدريبيّ لتحسين وعيهم وتعزيز دورهم في الكشف المُبكّر عن اضطراب (ADHD)، ولاستكشاف انتشار هذا الاضطراب وعوامل خطر الإصابة به. وأظهرت نتائج الاختبار القبلي لعيّنة الدراسة المكوّنة من (39) مُعلّمًا من مُعلّمي المدارس؛ باستخدام نسخة عربيّة تتمتّع بدلالات صدق وثبات عالية لمقياس تصنيف (ADHD)؛ أنّ درجات معرفة المُعلّمين تتراوح ما بين (17.9 %) و(46.2%)، بمعنى أنّ ثلث العينة أعطت إجابة صحيحة في ما يتعلّق بطبيعة الاضطراب ومسبّباته، بينما أقلّ من الربع أعطوا إجابات صحيحة في ما يتعلّق بطرق العلاج وتطوّر الاضطراب. كما أظهرت النّتائج أنّ المُعلّمين حديثي التّخرّج ذوي الخبرة الأقل (اقل من 4 سنوات)، كان لديهم مستوى معرفة أكبر بالاضطراب، بينما لم يكن هناك أثر لمتغيرّات: العمر، والجنس، ونوع المدرسة، والدّرجة الأكاديميّة بمستوى المعرفة.

وهدفت دراسة حسن وترياثي (2014)[29] التّحقّق من تصوّرات المُعلّمين حول معرفتهم بالأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في فصولهم الدراسيّة، باستخدام مقياس للمُعلّمين لمساعدتهم التّعرّف إلى سلوكات اضطراب (ADHD)، والتّعرّف إلى أثر مُتغيّرات الصفّ، والعمر، والجنس للأطفال ذوي اضطراب (ADHD)، وقد تم تطوير مقياس تقييم السّلوك الاضطرابيّ للمُعلّمين، وقياس دلالات الصّدق والثّبات له. وأشارت النّتائج أنّ هناك فروقًا ذات دلالة إحصائيّة في العمر والجنس عند الأطفال المُصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وكان هناك فرقٌ دالّ إحصائيًّا في المستوى الصّفيّ للأطفال الذين يعانون من (ADHD).

وهدفت دراسة موانبرازارت وترايفاري (2014)[32] ، التّعرّف إلى معرفة المُعلّمين التايلانديين فيما يتعلّق باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وعوامله المؤثّرة، وتكوّنت عيّنة الدّراسة من أطفال ثلاث مدارس ابتدائيّة في أيوتثايا– تايلاند، استخدم في هذه الدراسة مقياس (KADDS)؛ لجمع البيانات من المُعلّمين المشاركين في الدّراسة، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم معرفة المُعلّمين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وكانت نسبة المعرفة لدى المُعلّمين (19.4%) ، كما أشارت النتائج أن لعمر المعلم أثرًا في مستوى المعرفة لصالح المُعلّمين صغيري العمر.

كذلك دراسة عبيدات (2013)[12]، التي هدفت إلى تقييم مستوى معرفة مُعلّمي التّعليم العام في مدينة جدّة باضطراب ضعف الانتباه والنّشاط الزّائد، وتكوّنت عيّنة الدراسة من (616) مُعلّمًا ومعلمة، منهم (333) مُعلّمًا و(283) مُعلّمة. ولتحقيق أهداف الدّراسة قام الباحث بإعداد اختبار تحصيليّ يتكوّن من (39) فقرة موزّعة على ثلاثة أبعاد: المعرفة العامّة، والمعرفة بالخصائص والتشخيص، والمعرفة بالتدخّلات

العلاجيّة، وتمّ قياس دلالات صدق المقياس وثباته وكانت مقبولة. حيث أشارت نتائج الدّراسة إلى أنّ مستوى معرفة المُعلّمين بالاضطراب منخفضة على الدرجة الكليّة والأبعاد الثلاثة للاختبار. وأظهرت نتائج الدّراسة فروقًا ذات دلالة إحصائيّة لصالح ذوي المعرفة المُسبقة بالاضطراب على بُعد الخصائص والتّشخيص، بينما لم تجد فروقًا ذات دلالة إحصائية تُعزى لمُتغيّرات الجنس أو المؤهّل العلميّ، أو عدد سنوات الخبرة، أو المستوى الصّفيّ.

وهدفت دراسة القحطاني (2013)[15] التّحقّق من معرفة المُعلّمين والافتراضات الخاطئة عن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وشارك في الدّراسة أربعمئة وتسعة وعشرون (429) مُعلّمًا. وتمّ استخدام مقياس معرفة اضطراب نقص الانتباه (KADDS)، جنبًا إلى جنب مع الاستبيان الديموغرافي. وأشارت النّتائج إلى أنّ معرفة المُعلّمين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ضعيفة. كما كان مستوى معرفة المُعلّمين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مرتبطًا بشكل إيجابيّ بتدريبهم السّابق وخبراتهم مع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (أي عدد دورات (ADHD) التي التحق بها المُعلّمون، وعدد ورش العمل المُتعلّقة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

فيما أجرى جوررا وآخرون (2012) [28] دراسة لفحص مستويات المعرفة لدى مُعلّمي المدارس المتوسّطة في جنوب تكساس خلال العام الدراسي (2008–2009)، فيما يتعلّق باضطراب (ADHD) في ثلاثة مجالات هي: المعرفة العامة باضطراب (ADHD)، والمعرفة المُتعلّقة بأعراض وتشخيص(ADHD) ، والمعرفة المُتعلّقة بأساليب العلاج. وتمّ جمع المعلومات بواسطة مقياس (KADDS). وشملت عيّنة الدّراسة هذه (107) من المُعلّمين، من خمس مدارس متوسّطة في الغالب من أصل لاتيني في جنوب تكساس، في ثلاث مقاطعات في مدارس مستقلّة. وأشارت النّتائج إلى أنّ أعلى مستوى من المعرفة للمُعلّمين هو ما يتعلّق بمجال أعراض وتشخيص (ADHD)، وكان مستوى معرفة المُعلّمين فيما يتعلّق بمجال المعرفة العامّة والمعرفة بأساليب العلاج أقلّ من مستوى متوسّط من المعرفة.

وهدفت الدّراسة الميدانيّة التي أجراها كلٌّ من أبي ميلود ومرادي (2012)[1] التّعرّف إلى مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الابتدائيّة في مدينة تقرت– ورقلة باضطرابات ضعف الانتباه المصحوب بفرط النّشاط، والكشف عن الفروق في درجة المعرفة في ضوء مُتغيّرات: المؤهّل العلميّ، والخبرة المهنيّة، ولغة التّدريس. وتكوّنت عيّنة الدّراسة من (120) مُعلّمًا، وقام الباحثان ببناء المقياس والذي تكوّن من(70) فقرة موزّعة على ثلاثة مجالات هي: مجال المعرفة العامّة، ومجال التّشخيص، ومجال التّدخّل العلاجيّ. وأشارت نتائج الدّراسة أنّ معرفة المُعلّمين حول الاضطراب وأبعادها كانت متوسّطة، وكانت المعرفة ببُعد التّدخّل العلاجيّ ضعيفة، ولم يتبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة تُعزى للمؤهّل العلميّ، والخبرة التّدريسيّة، ولغة التّدريس.

وهدفت دراسة الحمد (2010)[3] الكشف عن مدى معرفة مُعلّمي التّربية الخاصّة بمدينة الرياض باضطراب (ADHD)، وكان عدد أفراد عيّنة الدراسة (266) مُعلّمًا، واستخدم الباحث لجمع المعلومات أداة لقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزّائد، تكوّن من ثلاثة مجالات هي: المعرفة العامّة، والمعرفة التّشخيصيّة، والمعرفة العلاجيّة. وأشارت نتائج الدّراسة أنّ مستوى المعرفة بالمجالات الثلاثة، والدرجة الكليّة كان متوسّطًا.

كذلك هدفت دراسة نورو كافوك (2010) [33] تقييم معرفة المُعلّمين واتّجاهاتهم في رياض الأطفال بتركيا، باضطراب ضعف الانتباه والنّشاط الزّائد، وقد بلغ عدد أفراد عيّنة الدراسة (87) مُعلّمًا من مُعلّمي رياض الأطفال، واستخدم الباحثان أداة لقياس مستوى معرفة المُعلّمين باضطراب (ADHD)، وتكوّن من عشر فقرات. كما أشارت نتائج الدّراسة إلى أنّ مستوى معرفة المُعلّمين بالاضطراب كانت منخفضة، وأنّه لا يوجد أثر لمُتغيّرات العمر أو عدد سنوات الخبرة في مستوى معرفة المُعلّمين بالاضطراب.

وفي دراسة جارسيا (2009)[25] التي هدفت إلى استقصاء مستوى معرفة مُعلّمي مدارس الدّمج باضطراب ضعف الانتباه والنّشاط الزّائد، والتدخّلات العلاجيّة المناسبة، وتكوّنت عيّنة الدّراسة من (33) مُعلّمًا ومُعلّمة من مُعلّمي الصفوف العاديّة في ولاية جنوب كاليفورنيا، واستخدمت الباحثة لقياس مستوى معرفة المُعلّمين (39) فقرة مقتبسة من مقياس (KADDS). وأظهرت النّتائج أنّ معرفة المُعلّمين بالاضطراب كانت منخفضة وفي المجالات الثّلاثة. وتبيّن وجود فروق دالّة إحصائيًّا تُعزى لمُتغيّرات: المرحلة التّعليميّة لصالح مُعلّمي المرحلة الابتدائيّة في مجال الخصائص والتّشخيص، والمُعلّمين الذين لديهم مساقات في التّربية الخاصّة، ووجود طلبة من ذوي الاحتياجات الخاصّة في صفوف المُعلّمين. وأظهرت النّتائج عدم وجود فروق دالّة إحصائيًّا في معرفة المُعلّمين، تُعزى لمُتغيّر عدد سنوات الخبرة، أو تلقّي تدريب عن الاضطراب.

ومن الدّراسات السّابقة، ما حقّقته دراسة يونج (2008)[38]، التي هدفت التّعرّف إلى مستوى معرفة مُعلّمي المراحل المبكرة لأعراض اضطراب (ADHD) وقدرتهم على تعريفه، وقد أُجريت المقابلات مع أفراد عيّنة الدّراسة، التي تكوّنت من (258) مُعلّمًا من مُعلّمي مرحلة الطفولة المبكرة، من أجل الوصول إلى تصوّراتهم حول الاضطراب. وأشارت نتائج الدّراسة إلى أنّ خبرة المُعلّم في مجال التّدريس، ومشاركته في برامج معالجة اضطراب (ADHD)، هي من العوامل الأساسيّة في قدرته على تعريف الاضطراب. كما أشارت النّتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة في معرفة المُعلّمين تُعزى إلى خبرة التّدريس، ولصالح المُعلّمين الأكثر خبرة.

الطّريقة والإجراءات:

منهج الدّراسة:

بما أنّ الدراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة في الأردنّ **باضطراب** تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)، فإنّ طبيعة الدّراسة الحاليّة وأهدافها تتطلّب استخدام المنهج الوصفيّ المسحيّ لتوضيح العلاقة بين موضوع الدّراسة الحاليّة، وما يتعلّق به من مُتغيّرات.

مجتمع الدّراسة:

تكوّن مجتمع الدّراسة الحاليّة من جميع مُعلّمي الصّفوف الستّة الأولى في المدارس العاديّة الحكوميّة، في مدينتَي عمّان وصويلح، خلال العام الدراسي (2018– 2019) الفصل الدراسي الأوّل، البالغ عددهم (470) مُعلّمًا ومُعلّمة موزّعين في المدارس على النّحو الآتي: عدد المدارس المختلطة (4) مدارس، وعدد مدارس الإناث (14) مدرسة، وعدد مدارس الذكور (10) مدارس.

عيّنة الدّراسة:

تكوّنت عيّنة البحث الرّئيسة من (100) مُعلّم ومُعلّمة يعملون في المدارس الأساسيّة بمدينة عمّان وصويلح بالأردنّ، تمّ اختيارهم من (8) مدارس بطريقة عشوائيّة بسيطة، استجاب منهم (87) مُعلّمًا ومعلمة بنسبة تصل إلى (87%)، وقد بلغ عدد المُعلّمين (15) مُعلّمًا بنسبة (17.2%) من حجم العيّنة، وبلغ عدد المُعلّمات (72) معلمة بنسبة (82.8%) من حجم العيّنة. وتشكّل حجم العينة (18,5%) من حجم مُجتمع الدّراسة، و يبيّن الجدول ذو الرّقم (1) خصائص عيّنة الدّراسة وفقًا للعمر، والجنس، وسنوات الخبرة.

الجدول ذو الرقم(1) توزيع أفراد عيّنة الدّراسة وفقًا لمُتغيّرات، العمر، والجنس، وسنوات الخبرة

المُتغيّرات	الفئات	العدد	النّسبة المئويّة
العمر	35 سنة فأقلّ	46	%52.9
	أكثر من 35 سنة	41	%47.1
	المجموع	87	%100
الجنس	ذكر	15	%17.2
	أنثى	72	82.8
	المجموع	87	%100
سنوات الخبرة	أقلّ من 5 سنة	29	%33.3
	5 – 10 سنة	28	% 32.2
	أكثر من 10 سنة	30	% 34.5
	المجموع	87	%100

أداة الدّراسة:

مقياس المعرفة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالحركة الزّائدة (ADHD):

للكشف عن مستوى معرفة المعلمات باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالحركة الزّائدة (ADHD)، ولبناء أداة الدراسة تمّت مراجعة الأدب النظري والدّراسات السّابقة ذات الصّلة بموضوع الدراسة[1،15،12،8،19]، وبعد الاطّلاع ارتأت الباحثة تعريب أداة البحث وهو: مقياس المعارف باضطراب تشتّت الانتباه (The knowledge of Attention Difict Disorder Scale) (KADDS) إعداد سكيوت (2000)[36].

وقد اشتمل المقياس على (36) فقرة، تقيس مستوى معرفة المُعلّمات باضطراب تشتّت الانتباه والحركة الزّائدة (ADHD)، موزّعة في ثلاث مجالات، هي: مجال المعرفة العام عن اضطراب التّوحّد، ويقاس بـ (15) فقرة، ومجال المعرفة التّشخيصيّة، ويقاس بـ (9) فقرات، ومجال المعرفة العلاجيّة ويقاس بـ (12) فقرة .

ولتعريب المقياس واستخدامه في البيئة الأردنيّة استخدمت الباحثة الخطوات الآتية: تمّت ترجمة النّسخة الأجنبيّة إلى اللغة العربيّة، ثم عُرضت النّسخة الأصليّة للمقياس والنّسخة المُترجمة إلى اللغة العربيّة على مجموعة من أعضاء هيئة التّدريس بكليّة الآداب والعلوم بجامعة عمّان الأهليّة، ومجموعة من الأطباء تخصّص طب الأُسرة، وتخصّص طبّ الأطفال من العاملين بوزارة الصّحّة ومستشفى الجامعة الأردنيّة؛ للتّأكد من سلامة التّرجمة، ومكافئة الفقرات العربيّة في المعنى للفقرات الأصلية، وقد التزمت الباحثة بملاحظة المُحكّمين ووجهات نظرهم.

أعيدت ترجمة الفقرات العربيّة إلى اللغة الأجنبيّة، وتم عرض النّسخة الأجنبيّة المُترجمة (التّرجمة العكسيّة) على مجموعة أخرى من أعضاء هيئة التدريس بكليّة الآداب والعلوم بجامعة عمّان الأهليّة، ومجموعة من الأطباء، تخصص طب الأُسرة، وتخصص طب الأطفال من العاملين بوزارة الصّحّة ومستشفى الجامعة الأردنيّة؛ للتّأكد من سلامة التّرجمة، ومكافئة الفقرات العربيّة في المعنى للفقرات الأصليّة، وقد التزمت الباحثة بملاحظة المُحكّمين ووجهات نظرهم.

ثمّ قامت الباحثة بعرض المقياس بعد إجراء الخطوة السّابقة على مجموعة من المُحكّمين من ذوي التخصّصات التّربويّة: التربية الخاصّة، وعلم النّفس التّربويّ، من جامعة عمّان الأهليّة وجامعات حكوميّة أخرى، البالغ عددهم (8) مُحكّمين؛ لتحكيم المقياس وفقًا لمدى تمثيل الفقرات للمجال الذي تنتمي إليه، ومدى شموليّة مجالات المقياس لاضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالحركة الزّائدة (ADHD). وكانت نسبة اتّفاق المُحكّمين على عناصر تحكيم المقياس بعد تعريبه ما بين (90% –100%)، وهي نسبة مقبولة لإجراء الدّراسة.

الدّراسة الاستطلاعيّة: تمّ تطبيق المقياس في صورته الأوليّة على (30) مُعلّمًا ومُعلّمة من غير أفراد عيّنة الدّراسة، والذين يقومون بتدريس طلبة المرحلة الأساسيّة، بهدف التّعرّف إلى الصّعوبات والمشاكل التي قد يواجهونها أثناء الإجابة على فقرات المقياس، وبغرض التّحقّق من الخصائص السيكومتريّة للمقياس.

الصدق:

تمّ حساب صدق المقياس بطريقتين:

صدق المُحكّمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من المُحكّمين من ذوي التخصّصات التّربوية: التّربية الخاصّة، وعلم النّفس التّربويّ، من جامعة عمّان الأهليّة وجامعات حكوميّة أخرى، البالغ عددهم (8) مُحكّمين؛ لتحكيم المقياس والتّأكّد من صدق محتواه، وأنّ الفقرات تقيس ما وضعت لقياسه، وأسفرت نتائج التحكيم على إجماع المُحكّمين بنسبة لا تقلّ عن (80%) على كلّ الفقرات، وعليه تمّ الاحتفاظ بصيغتها كما هي.

صدق البناء:

لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس، استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدّرجة الكليّة في عيّنة استطلاعيّة من خارج عيّنة الدّراسة، تكوّنت من (40) مُعلّمًا ومعلمة، حيث تمّ تحليل فقرات المقياس، وحساب معامل ارتباط كلّ فقرة من الفقرات، حيث إنّ معامل الارتباط هنا يمثّل دلالة للصدق بالنّسبة لكلّ فقرة في صورة معامل ارتباط بين كلّ فقرة وبين الدّرجة الكليّة من جهة، وبين كلّ فقرة وبين ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه، وبين كل مجال والدرجة الكليّة من جهة أخرى، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.42–0.79)، وتتراوح معاملات الارتباط مع المجال بين (0.51 – 0.87)، كما في الجدول ذي الرّقم (2)، والجدولِ ذي الرّقم (3).

جدول (2) معاملات الارتباط بين الفقرات والدّرجة الكليّة والمجال الذي تنتمي إليه

رقم الفقرة	معامل الارتباط مع المجال	معامل الارتباط مع الأداة	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع المجال	معامل الارتباط مع الأداة	رقم الفقرة	معامل الارتباط مع المجال	معامل الارتباط مع الأداة
1	.87(**)	.52(**)	13	.63(**)	.56(**)	25	.63(**)	.51(**)
2	.61(**)	.42(**)	14	.73(**)	.61(**)	26	.81(**)	.71(**)
3	.60(**)	.50(**)	15	.77(**)	.71(**)	27	.86(**)	.79(**)
4	.55(**)	.45(**)	16	.73(**)	.63(**)	28	.63(**)	.57(**)
5	.66(**)	.45(**)	17	.51(**)	.50(**)	29	.79(**)	.64(**)
6	.85(**)	.52(**)	18	.68(**)	.63(**)	30	.73(**)	.70(**)
7	.79(**)	.47(**)	19	.62(**)	.61(**)	31	.76(**)	.64(**)
8	.77(**)	.63(**)	20	.61(**)	.57(**)	32	.70(**)	.66(**)
9	.79(**)	.66(**)	21	.69(**)	.68(**)	33	.72(**)	.49(**)
10	.72(**)	.61(**)	22	.73(**)	.72(**)	34	.51(**)	.50(**)
11	.82(**)	.55(**)	23	.64(**)	.55(**)	35	.72(**)	.71(**)
12	.76(**)	.51(**)	24	.64(**)	.58(**)	36	.79(**)	.48(**)

*دالّة إحصائيًّا عند مستوى الدّلالة (0.05).

**دالّة إحصائيًّا عند مستوى الدّلالة (0.01).

وتجدر الإشارة إلى أنّ جميع معاملات الارتباط كانت ذات درجات مقبولة ودالّة إحصائيًّا، ولذلك لم يتم حذف أيّ من هذه الفقرات.

الجدول ذو الرّقم (3) معاملات الارتباط بين المجالات والدّرجة الكليّة

	الدرجة الكلية
المعرفة العامة	0.86(**)
المعرفة التشخيصية	0.89(**)
المعرفة العلاجية	0.79(**)

*دالة إحصائيًّا عند مستوى الدّلالة (0.05).

**دالّة إحصائيًّا عند مستوى الدّلالة (0.01).

ثبات أداة الدّراسة:

للتّأكّد من ثبات أداة الدّراسة، فقد تمّ التّحقّق بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest)، بتطبيق المقياس على مجموعة من خارج عيّنة الدّراسة مكوّنة من (40) مُعلّمًا، وإعادة تطبيقه بعد أسبوعين على العينة نفسها، ومن ثمّ تمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين تقديراتهم في المرّتين.

وتمّ أيضًا حساب معامل الثّبات بطريقة الاتّساق الدّاخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا، والجدول الآتي ذو الرّقم (4) يبيّن معامل الاتّساق الدّاخلي وفق معادلة كرونباخ ألفا، وثبات الإعادة للمجالات، والأداة ككل، وتُعدّ هذه القيم ملائمة لغايات هذه الدّراسة.

جدول (4) معامل الاتّساق الدّاخلي كرونباخ ألفا وثبات الإعادة للمجالات والدّرجة الكليّة

المجال	ثبات الإعادة	الاتّساق الدّاخلي
المعرفة العامّة	0.84	0.75
المعرفة التّشخيصيّة	0.80	0.72
المعرفة العلاجيّة	0.81	0.74
الدرجة الكليّة	0.83	0.78

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائيّة:

المعالجة الإحصائيّة:

تمّ استخدام برنامج الحزم الإحصائيّة الاجتماعيّة (SPSS) في تحليل البيانات، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

1- للإجابة عن سؤال الدراسة الأوّل تمّ استخدام مقياس الإحصاء الوصفيّ (Descriptive Statistic)، من خلال

المتوسّطات الحسابيّة، والانحرافات المعياريّة، والأهميّة النّسبية.

2- للإجابة عن سؤال الدّراسة الثّاني، تمّ استخراج المتوسّطات الحسابيّة، والانحرافات المعياريّة.

ولبيان الفروق الإحصائيّة بين المتوسّطات الحسابيّة؛ تمّ استخدام اختبار "ت" لكلّ من مُتغيّرَي: العمر والجنس، وتحليل التباين الأحادي تبعًا لمُتغيّر سنوات الخبرة.

النّتائج والمناقشة:

السّؤال الأوّل: ما مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)؟

للإجابة عن هذا السّؤال تمّ حساب المتوسّط الحسابيّ، والانحراف المعياريّ، ومستوى الأهمية النّسبيّة للدّرجة الكليّة للمقياس، ولكلّ مجال، ولكلّ فقرة من فقرات المقياس. والجدوّلان الآتيان ذوا الرّقمين (5) و(6) يوضحان ذلك.

اعتمدت الباحثة على الأهميّة النّسبيّة لتفسير درجات معرفة المُعلّمين للمجالات المعرفيّة، حيث عدّت الدّرجات التي تقلّ عن (60) منخفضة، والدّرجات التي تتراوح بين (60 – أقلّ من80) متوسّطة، والدّرجات التي تزيد عن (80) مرتفعة.

جدول (5)المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة والأهميّة النّسبيّة لمستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)، للمجالات مرتبة تنازليًا حسب الأهميّة النّسبيّة

الرّتبة	الرّقم	المجال	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	الأهميّة النّسبيّة	مستوى المعرفة
1	1	المعرفة العامّة	5.83	1.733	%58.3	منخفض
2	2	المعرفة التّشخيصيّة	5.44	1.568	%54.4	منخفض
3	3	المعرفة العلاجيّة	4.13	1.975	%41.3	منخفض
		الدّرجة الكليّة	15.39	3.555	%51.3	منخفض

يتبيّن من المتوسّطات الحسابيّة ودرجات الأهميّة النّسبيّة الّتي أبرزها الجدول ذو الرّقم (5)، أنّ درجات معرفة مُعلّمي المدارس الأساسيّة بمدينة عمّان بالأردن باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)، كانت منخفضة على الدرجة الكليّة ومجالات المقياس الثلاثة، إذ بلغ المتوسّط الحسابيّ للدّرجة الكليّة للمقياس (15.39)، والأهميّة النّسبيّة (51.3%).

وبالنسبة للمجالات ظهر أنّ أعلى درجات المعرفة كانت في مجال المعرفة العامّة، بمتوسّط حسابي مقداره (5.83)، وبدرجة أهميّة نسبيّة مقدارها (58.3%)، وهذه الدرجة تُعدّ منخفضة، ثمّ جاء في المرتبة الثّانية مجال المعرفة التّشخيصيّة، بمتوسّط حسابيّ مقداره (5.44)، وبأهميّة نسبيّة مقدارها (54.4%)، وهذه الدرجة أيضًا تُعدّ منخفضة، وجاء في المرتبة الثّالثة والأخيرة مجال المعرفة العلاجيّة، بمتوسّط حسابيّ مقداره (4.13)، وبدرجة أهميّة نسبيّة منخفضة مقدارها (41.3%).

ويمكن تفسير هذه النّتيجة إلى قلّة اهتمام مؤسّسات التّعليم العالي بهذا الاضطراب، فلا توجد أيّة مساقاتٍ تُعطى للمُعلّمين الخرّيجين سواء أكانت ضمن المساقات الاختياريّة، أو الإجباريّة، أو المُتطلّبات، والتي تُركّز على توعية المُعلّمين (مُعلّمي التعليم العام) وتدريبهم في هذا المجال. كما أنّ تدريب المُعلّمين أثناء الخدمة –إذا وجد– بشكل إلزاميّ، يفتقر إلى هذا الجانب وهذا ما جعل المُعلّمين أقلّ معرفة بهذا الاضطراب، كما أنّ بعض المعارف البسيطة التي تمّ اكتسابها عن الاضطراب كانت بجهد شخصيّ من المُعلّمين، إمّا عن طريق وسائل الإعلام، والتي تكون أحيانًا خاطئة ولا تستند إلى الدّراسة العلميّة، أو عن طريق المطالعة الذّاتية لاهتمامات شخصيّة.

من جهة أخرى، يمكن تفسير هذه النّتيجة إلى زيادة عدد الطلبة في فصول المدارس الأساسيّة الحكوميّة، وتركيز المُعلّمين على الكمّ من المادّة وليس على الكيفيّة، واعتمادهم على إستراتيجيّات التّدريس التقليديّة التي لا تهتمّ بالفروق الفرديّة بين الطّلبة، ولا تراعي تلبية احتياجات الطّلبة من ذوي الحاجات الخاصّة، كما أنّ ملاحظة المُعلّمين وتمييزهم لهؤلاء الطلبة ذوي هذا الاضطراب لم يكن بالمستوى المطلوب؛ لكثرة المتطلّبات الموكلة إليهم أثناء وجودهم في الغرف الصّفيّة، ومن جهة أخرى فإنّ الضّغط الذي يعاني منه المُعلّمون بسبب وجود هؤلاء الطّلبة بالغرف الصفيّة دون أن تكون هناك متابعة أو توجيه من أيّ شخصٍ ذي علاقة بالتّعليم، وبدون أن يكون هناك أيّ نوع من التّعزيز أو المشاركة، يجعل من المُعلّمين أدواتٍ للتلقين فقط، خاصّة وأنّ كثرة الدّروس الخصوصيّة في المنازل ولكافة المستويات الصفيّة، عمل على تحديد دور المُعلّم وأهميّته لاكتشاف الحالات الخاصّة.

اتّفقت نتيجة هذه الدّراسة مع نتيجة بعض الدّراسات في مجال المعرفة العلاجيّة، والمعرفة العامّة بالاضطراب، التي تَبيّن فيها أنّها منخفضة[8،12،15،16،25،32،33،35]. بينما اختلفت مع البعض الآخر من الدّراسات في مجال المعرفة التّشخيصيّة التي كانت متوسّطة [1،3،9،28].

ومن أجل توضيح مستوى معرفة المُعلّمين بهذا الاضطراب على مستوى الفقرات بشكل مُفصّل، فقد تمّ حساب المتوسّطات الحسابيّة، والانحرافات المعياريّة، والأهميّة النّسبيّة لكلّ فقرة في كلّ مجال من المجالات، وهذا ما يعرضه الجدول الآتي ذو الرّقم (6).

جدول (6) المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة ودرجات الأهميّة النّسبيّة ومستوى المعرفة للفقرات

الترتيب النّسبيّ	رقم الفقرة	البعد الذي تنتمي إليه الفقرة	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	الأهميّة النّسبيّة	مستوى المعرفة
1	13	المعرفة العامّة	.83	.380	%83	مرتفع
2	19	المعرفة التّشخيصيّة	.83	.380	%83	مرتفع
3	14	المعرفة العامّة	.82	.390	%82	مرتفع
4	16	المعرفة التّشخيصيّة	.79	.407	%79	متوسّط
5	24	المعرفة التّشخيصيّة	.79	.407	%79	متوسط
6	22	المعرفة التّشخيصيّة	.75	.437	%75	متوسط
7	23	المعرفة التّشخيصيّة	.75	.495	%75	متوسط
8	27	المعرفة العلاجيّة	.68	.470	%68	متوسط
9	36	المعرفة العلاجيّة	.57	.497	%57	منخفض
10	11	المعرفة العامّة	.54	.501	%54	منخفض
11	17	المعرفة التّشخيصيّة	.54	.501	%54	منخفض
12	2	المعرفة العامّة	.46	.501	%46	منخفض
13	15	المعرفة العامّة	.46	.501	%46	منخفض
14	20	المعرفة التّشخيصيّة	.45	.500	%45	منخفض
15	4	المعرفة العامّة	.44	.499	%44	منخفض
16	29	المعرفة العلاجيّة	.44	.499	%44	منخفض
17	35	المعرفة العلاجيّة	.44	.499	%44	منخفض
18	5	المعرفة العامّة	.43	.497	%43	منخفض
19	7	المعرفة العامّة	.41	.495	%41	منخفض
20	31	المعرفة العلاجيّة	.32	.470	%32	منخفض
21	33	المعرفة العلاجيّة	.32	.470	%32	منخفض
22	21	المعرفة التّشخيصيّة	.31	.465	%31	منخفض
23	26	المعرفة التّشخيصيّة	.30	.460	%30	منخفض
24	30	المعرفة العلاجيّة	.30	.460	%30	منخفض
25	6	المعرفة العامّة	.26	.444	%26	منخفض
26	10	المعرفة العامّة	.26	.444	%26	منخفض
27	25	المعرفة التّشخيصيّة	.25	.437	%25	منخفض
28	18	المعرفة التّشخيصيّة	.23	.423	%23	منخفض
29	28		.23	.423	%23	منخفض
30	3	المعرفة العامّة	.22	.416	%22	منخفض
31	8	المعرفة العامّة	.21	.407	%21	منخفض
32	12	المعرفة العامّة	.21	.407	%21	منخفض
33	9	المعرفة العامّة	.20	.399	%20	منخفض
34	32	المعرفة العلاجيّة	.14	.347	%14	منخفض
35	34	المعرفة العلاجيّة	.14	.347	%14	منخفض
36	1	المعرفة العامّة	.09	.291	%9	منخفض

يلاحظ من الجدول ذي الرقم (6)، أنّ الفقرتين (13 ، 14) في مجال المعرفة العامّة للاضطراب، و(19) في مجال المعرفة التّشخيصيّة، حصلت على أكبر عدد من الإجابات الصّحيحة بمتوسّط حسابيّ مقداره (0.83)، وبلغت أهميّتها النّسبيّة (83%).

وحصلت الفقرة (1) في مجال المعرفة العامة على أقل عدد من الاجابات الصحيحة بمتوسط حسابي مقداره(0.09) ، وبلغت أهميتها النسبية (9%).

كما يبين الجدول (6) أنّ لدى مُعلّمِي التّعليم الأساسيّ مستوى مرتفعًا من المعرفة على ثلاث فقرات هي: في مجال المعرفة العامّة، والفقرة (19) في مجال المعرفة التّشخيصيّة.

وأنّ لدى مُعلّمي التّعليم الأساسيّ مستوى متوسّط من المعرفة في خمس فقرات هي: (16، 24، 22، 23) في مجال المعرفة التّشخيصيّة، والفقرة (27) في مجال المعرفة العلاجيّة.

ولدى مُعلّمي التعليم الأساسي مستوى منخفض من المعرفة في باقي الفقرات من المقياس وعددها (28) فقرة.

السّؤال الثّاني: هل يختلف مستوى معرفة مُعلّمي المرحلة الأساسية باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD) باختلاف العمر، والجنس، وسنوات الخبرة؟

للإجابة عن هذا السّؤال تمّ استخراج المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة، لمستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة

باضطراب تشتّت الانتباه المصحوب بالنّشاط الزّائد (ADHD)، حسب مُتغيّرات: العمر، والجنس، وسنوات الخبرة، ولبيان الفروق الإحصائيّة بين المتوسّطات الحسابيّة تمّ استخدام اختبار "ت" لكلّ من متغيّرَي: العمر والجنس، وتحليل التباين الأحادي (One Way Anova) تبعًا لمتغيّر سنوات الخبرة، للكشف عن وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة بين متوسّطات المعرفة بالمجالات، والدّرجة الكليّة وفقًا لمُتغيّر سنوات الخبرة، والجداول ذوات الأرقام (7 ،8، 9) توضح ذلك.

أوّلًا: العمر:

الجدول ذو الرّقم (7) المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة واختبار "ت" لأثر العمر على مستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة (ADHD)

	العمر	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة "ت"	درجات الحرّيّة	الدلالة الإحصائيّة
المعرفة العامّة	أقلّ من 35	46	6.02	1.667	1.108	85	.271
	35 فأكثر	41	5.61	1.801			
المعرفة التّشخيصيّة	أقلّ من 35	46	5.17	1.623	−1.674	85	.098
	35 فأكثر	41	5.73	1.467			
المعرفة العلاجيّة	أقلّ من 35	46	4.28	1.985	.779	85	.438
	35 فأكثر	41	3.95	1.974			
الدّرجة الكليّة	أقلّ من 35	46	15.48	3.869	.242	85	.810
	35 فأكثر	41	15.29	3.211			

يتبيّن من الجدول ذي الرّقم (7)، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة ($\alpha = 0.05$) تُعزى لأثر العمر في جميع المجالات وفي الدرجة الكليّة.

حيث يتضح من الجدول ذي الرّقم (7)، أنّهُ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في استجابات مُعلّمِي المدارس الأساسيّة للدرجة الكليّة على المقياس وأبعاده تُعزى لمُتغيّر العمر، حيث بلغت قيمة "ت" للدرجة الكليّة (.242)، والدّلالة الإحصائيّة (.810) حيث تزيد عن (0.05).

كما تراوحت قيمة "ت" للمجالات (1.108 - 1.674−)، ودلالتها الإحصائيّة تزيد عن (0.05)؛ ممّا يدلّ على عدم وجود فروق دالّة إحصائيًا بمجالات المعرفة بالاضطراب تعود للعمر.

وقد يفسّر ذلك لتشابه المعرفة النظريّة بين جميع مُعلّمي المدارس الأساسيّة وعدم اختلافها، بغض النّظر عن العمر نظرًا لقلّة اهتمام مؤسّسات التّعليم العالي بهذا الاضطراب، كطرح مساقاتٍ مستقلّة للمُعلّمين أثناء دراستهم في مرحلة البكالوريوس. وقد يعود ذلك أيضًا إلى عدم قناعة مُعلّمِي المدارس الأساسيّة بتطوير كفاياتهم المعرفيّة حول هذا الاضطراب بشكل شخصيّ، بصرفِ النّظر عن العمر.

وتتّفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات [16،18،33]، فيما تختلف هذه النتيجة مع بعض الدّراسات الأخرى[32].

ثانيًا: الجنس:

الجدول ذو الرّقم (8) المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة واختبار "ت" لأثر الجنس على مستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة باضطراب (ADHD)

	الجنس	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ	قيمة "ت"	درجات الحرّيّة	الدّلالة الإحصائيّة
المعرفة العامّة	ذكر	15	5.73	2.404	−.230	85	.818
	أنثى	72	5.85	1.580			
المعرفة التّشخيصيّة	ذكر	15	5.53	1.642	.261	85	.795
	أنثى	72	5.42	1.563			
المعرفة العلاجيّة	ذكر	15	4.07	1.981	−.128	85	.898
	أنثى	72	4.14	1.988			
الدرجة الكليّة	ذكر	15	15.33	3.619	−.068	85	.946
	أنثى	72	15.40	3.567			

يتبين من الجدول ذي الرّقم (8)، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة ($\alpha = 0.05$)، تُعزى لأثر الجنس في جميع المجالات وفي الدرجة الكليّة.

حيث يتّضح من الجدول ذي الرّقم (8) أنّهُ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في استجابات مُعلّمِي المدارس الأساسيّة للدرجة الكليّة على المقياس وأبعاده، تُعزى لمُتغيّر الجنس، حيث بلغت قيمة "ت" للدرجة الكليّة (.068−)، والدّلالة الإحصائيّة (.946)، حيث تزيد عن (0.05)، كما تراوحت قيمة "ت" للمجالات (.261 - .230−)، ودلالتها الإحصائيّة تزيد عن (0.05)؛ ممّا يدلّ على عدم وجود فروق دالّة إحصائيًا بمجالات المعرفة بالاضطراب تعود للجنس.

ويمكن تفسير هذه النّتيجة بشكل عام بأنّ برامج إعداد مُعلّمِي المدارس الأساسيّة قبل الخدمة، هي واحدة فيما يتعلّق بالذكور

والإناث؛ لأنّهم يتلقون التّعليم في المؤسّسات التّعليميّة نفسها، ونظرًا لقلّة اهتمام مؤسّسات التّعليم العالي بهذا الاضطراب كمساقات مستقلة تُعطى للمُعلّمين أثناء دراستهم لمرحلة البكالوريوس، وتركيزها على إعدادهم في مجال التخصّص الأكاديمي المُلتحقين به كاللغة العربيّة أو الرّياضيات، ولا تحتوي هذه البرامج على مساقات أخرى تبحث في طبيعة المشكلات السّلوكيّة التي قد تظهر في طلبة الصّفوف العاديّة، وتشكّل عائقًا أمام المدرّس لإتمام العملية التّعليميّة، ومن جهة أخرى فإنّ المُعلّم، وبغض النظر عن المستوى الصفي الذي يدرّسه، فهو يركّز على الجانب الأكاديميّ، ولا يهتم بهؤلاء التلاميذ، الأمر الّذي يقودهُ إلى تحويلهم إلى المرشد التّربويّ في المدرسة، أو إلى مُعلّم غرفة مصادر التّعلّم، أو إلى المدير لاستدعاء أولياء الأمور لطلب المساعدة منهم.

وتتّفق هذه النّتيجة مع بعض الدراسات [8،12،16،18].

ثالثًا: سنوات الخبرة:

الجدول ذو الرّقم (9) المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة باضطراب (ADHD) حسب مُتغيّر سنوات الخبرة

	الفئات	العدد	المتوسّط الحسابيّ	الانحراف المعياريّ
المعرفة العامّة	أقلّ من خمس سنوات	29	6.45	1.660
	من 5–10 سنوات	28	5.25	1.993
	أكثر من 10 سنوات	30	5.77	1.357
	المجموع	87	5.83	1.733
المعرفة التّشخيصيّة	أقلّ من خمس سنوات	29	5.48	1.617
	من 5–10 سنوات	28	5.04	1.753
	أكثر من 10 سنوات	30	5.77	1.278
	المجموع	87	5.44	1.568
المعرفة العلاجيّة	أقلّ من خمس سنوات	29	4.38	1.971
	من 5–10 سنوات	28	3.79	2.097
	أكثر من 10 سنوات	30	4.20	1.883
	المجموع	87	4.13	1.975
الدّرجة الكليّة	أقلّ من خمس سنوات	29	16.31	3.371
	من 5–10 سنوات	28	14.07	4.198
	أكثر من 10 سنوات	30	15.73	2.728
	المجموع	87	15.39	3.555

يبيّن الجدول ذو الرّقم (9) تباينًا ظاهريًّا في المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة باضطراب (ADHD) بسبب اختلاف فئات مُتغيّر سنوات الخبرة، ولبيان دلالة الفروق الإحصائيّة بين المتوسّطات الحسابيّة؛ تمّ استخدام تحليل التباين الأحادي بالنّظر إلى الجدول الآتي ذي الرّقم (10).

جدول (10) تحليل التّباين الأحاديّ لأثر سنوات الخبرة على مستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة باضطراب (ADHD)

	المصدر	مجموع المربّعات	درجات الحرّيّة	متوسّط المربّعات	قيمة "ف"	الدّلالة الإحصائيّة
المعرفة العامّة	بين المجموعات	20.625	2	10.312	3.643	.030
	داخل المجوعات	237.789	84	2.831		
	الكلّيّ	258.414	86			
المعرفة التّشخيصيّة	بين المجموعات	7.830	2	3.915	1.615	.205
	داخل المجوعات	203.572	84	2.423		
	الكلّيّ	211.402	86			
المعرفة العلاجيّة	بين المجموعات	5.267	2	2.634	.670	.515
	داخل المجوعات	330.342	84	3.933		
	الكلّيّ	335.609	86			
الدّرجة الكليّة	بين المجموعات	76.782	2	38.391	3.193	.046
	داخل المجوعات	1009.931	84	12.023		
	الكلّيّ	1086.713	86			

يتبيّن من الجدول السّابق ذي الرّقم (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة عند مستوى الدّلالة (α=0.05)، تُعزى لسنوات الخبرة في الأداة ككل، وفي مجال المعرفة العامّة، ولا توجد فروق دالّة إحصائيًّا في مجالَي: المعرفة التّشخيصيّة، والمعرفة العلاجيّة، ولبيان الفروق الزّوجيّة الدّالّة إحصائيًّا بين المتوسّطات الحسابيّة؛ تمّ استخدام

المقارنات البعديّة بطريقة شفيه كما هو مبين في الجدول الآتي ذي الرّقم (11).

الجدول ذو الرّقم (11) المقارنات البعديّة بطريقة شفية لأثر سنوات الخبرة على المعرفة العامّة، مستوى معرفة مُعلّمِي المرحلة الأساسيّة باضطراب (ADHD) ككل

		المتوسّط الحسابيّ	أقلّ من خمس سنوات	من 5–10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
المعرفة العامّة	أقلّ من خمس سنوات	6.45			
	من 5–10 سنوات	5.25	*1.20		
	أكثر من 10 سنوات	5.77	.68	−.52	
الدّرجة الكليّة	أقلّ من خمس سنوات	16.31			
	من 5–10 سنوات	14.07	*2.24		
	أكثر من 10 سنوات	15.73	.58	−1.66	

دالّة إحصائيًّا عند مستوى الدلالة (0.05).

يتبيّن من الجدول السّابق ذي الرّقم (11)، وجود فروق ذات دلالة إحصائيّة ($\alpha = 0.05$) بين فئة الخبرة أقلّ من 5 سنوات، ومن 5 إلى 10 سنوات، وجاءت الفروق لصالح فئة الخبرة أقل من 5 سنوات في المعرفة العامّة والدّرجة الكليّة.

وتفسّر هذه النّتيجة بأنّ المُعلّمات والمُعلّمين حديثي التّخرّج لديهم دافعيّة للبحث والاطلاع؛ لإثبات قدرتهم وزيادة معارفهم النظرية، لأنّهم يرغبون العمل خاصّة في ظلّ الظروف الاقتصاديّة الصّعبة، فهم بحاجة إلى الوظيفة لذلك يسعون دائمًا للمعرفة عن كلّ ما هو جديد بالنسبة إليهم، فهم جدد ومتحمّسون ومسؤولياتهم قليلة مقارنة بالمُعلّمات والمُعلّمين ذوي الخبرة الأكثر.

وتتّفق هذه النّتيجة مع نتيجة دراسة سليمان[8]، ودراسة عوض الله وآخرين [18]، لصالح ذوي الخبرة الأقل، ودراسة سكيوتو وآخرين[35]، ودراسة يونغ[38] لصالح الأكثر خبرة، وتختلف هذه النّتيجة مع نتيجة بعض الدراسات الأخرى التي لم تظهر فروقًا ذات دلالة إحصائيّة، تُعزى لسنوات الخبرة [35،33،16،9،1،12].

التّوصيات:

1- إعداد دورات تدريبيّة للمُعلّمين والمُعلّمات (أثناء الخدمة) من كافّة التّخصّصات الأكاديميّة العاملين في المدارس الأساسيّة؛ لتطوير مستوى معرفتهم بذوي الاحتياجات الخاصّة، لا سيّما ذوي اضطراب تشتّت الانتباه والحركة الزّائدة.

2- تطوير البرامج الأكاديميّة في الجامعات المُعدّة لإعداد المُعلّمِين، بإضافة مساقاتٍ دراسيّة كمتطلّبات إجباريّة لتطوير كفايات المُعلّمِين المعرفيّة، والمهاريّة حول الاضطرابات السّلوكيّة المنتشرة بين طلبة المدارس، بما فيها اضطراب تشتّت الانتباه والحركة الزّائدة.

3- افتتاح برامج تربويّة لتأهيل المُعلّمين الخرّيجين من مرحلة البكالوريوس، في مجالات التّربية الخاصّة، خاصّة الذين يلتحقون في صفوف المدارس العاديّة، كصعوبات التّعلّم، والاضطرابات النّمائيّة، والاضرابات السّلوكية لتزويدهم بالمعرفة العلميّة في هذه المجالات، وأن تكون شرطًا لقبول طلباتهم في ديوان الخدمة المدنيّة.

المُقترحات:

1- تطبيق الدّراسة الحاليّة على عيّنة كبيرة من المُعلّمِين في مناطق مختلفة؛ ليسهل تعميم نتائج الدّراسة.

2- إخضاع المُعلّمِين من قبل الباحثين لبرامج تدريبيّة خلال الخدمة؛ لتحسين معارفهم عن اضطراب تشتّت الانتباه والحركة الزّائدة.

3- اعتماد شروط لتعيين المُعلّمين في المدارس، من ضمنها الحصول على درجة متوسّطة في المعرفة ببعض الاضطرابات السّلوكيّة لطلبة المدارس، وتأخذ نقاطًا في التّعيين، ومن لا تنطبق عليه هذه الشروط لن يقبل في الوظيفة إلا بعد تطوير معارفه.

References

1- Abi Milod, Abd Alfatah & Mamadi, Shawqi, "The Knowledge Level of Elementry School Teacher About Attention Deficit Hyperactivity Disorder, a Field Study on a Sample of Teachers in Taqrat City – Warqala", *Journal Of Humanities and Social Sciences*, N (9), P: 27-147, (2012).

2- Jrisat ,Ra'eda I. E. & Altahhan, Mohammad K. N., "Building a Diagnostic Tool for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Verification of Its Effectivity in Normal Students and Learning Difficulty and Mental Disability Students and Autistic Students in a Jordanian Sample", *Dirasat: Educational Sciences*, N (37), V (1), P: 79-93, (2010.

3- Al-Hamad, Khaled A., "Knowledge Level at Special Education Teachers about Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Exploratory Study", *Journal of Counseling*, V (25), (2010

4- Al-Khateeb, Jamal & Hadidi, Mona & Al-Rosan, Farooq & Yahya, Khawla & Zriqat, Ibrahim & Smadi, Jamil & Sroor, Nadia & Natoor, Myada & Amayra, Moosa, "*Introduction In Teaching Students with*

Learning Disabilities" 3rd Edition , Jordan, Amman: Dar Al-Fikr Puplication, (2014.

5- Al-Zare', Nayef A., "*Attention Deficit Hyperactivity Disorder (a special guide for parents and specialists*), Amman: Dar Al-Fikr Puplication and Distribution, (2007).

6- Al-Zoubi, Ahmad M. ," *Psychiatric diseases and Behavioral and School Problems in Children*", Dar Al-Zahran Puplication, Amman, Jordan, (2001).

7- Al-Sersi, Asma M. and Ibrahim, Violet F. and AL-Zaghal, Wael T.H., " Effectiveness of a Program to Reduce Some Behaviors of Attention Deficit and Hyperactivity in Moderate Mentally Handicapped Disables", *Childhood Studies Journal*, V. (16), N. (61), P.: 53-103.

8- Suliman, Mohammed S. S., " Teachers ' knowledge on Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Primary School Level", *Journal of The Islamic University for Educational and Psychological Studies*, V. (1), N. (23), P.: 98-121, (2016).

9- Al-Shbool, Muhannad, "Perception of Elementary School Teachers in Jordan about Attention Deficit Hyperactivity Disorder ", *Al-Fateh Journal*, V.(8), I.(69), (2017).

11- Al-Sabi, Abdullah M., " Behavior Modification Plan-Attention Deficit Hyperactivity Disorder" (2005), Gulf children website on the Web site: http://www.gulfkids.com/or/index.php?action=show-ar&id=112

12- Al-Aasmi, Reyad, N., "Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Third and Fourth Students from Basic Education, the First Episode: *a Diagnostic Study." Damascus University Journal of Educational Sciences*, V. (24), N. (1), P.: 53 – 103, (2008.

13- Obeidat, Yahya, "Level of General Education Teachers in Jeddah about Attention Deficit Hyperactivity Disorder ", International Journal of Specialized Education, V. (2), I. (1), (2013.

14- Motran, Abdel Fattah R. A. and Msafer, Abdullah A., "The Effectiveness of a Training Program for the Development of Joint Attention in Children with Autism and Its Impact on Improving their Verbl Communication", *Journal of the Faculty of Education, Benha University-October*, part III, p 139-182, (2012).

15- AAP, American Academy of Pediatrics. *"ADHD: A complete and authoritative guide* ". ELK Grove Village, I1: Author. (2004).

16- Alkahtani, Keetam D.F., "Teachers' knowledge and misconceptions of attention deficit/hyperactivity disorder." *Psychology* 4.12 (2013): 963.

17- Al-Moghamsi, E.Y., Aljohani, A., " Elementary school teachers' knowledge of attention deficit/hyperactivity disorder ". *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7.(5), (2018): 907-9015>

18- APA, American Psychiatric Association."*Diagnostic and statis- tical manual of mental disorder*s (4th ed.)". Washington, DC: Author, (2000).

19- Awadalla,N.J., Ali, O.F., Elshaer, S. , and Eissa, M., " Role of school teachers in identifying attention deficit hyperactivity disorder among primary school children in Mansoura, Egypt", *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22 (8), (2016): 586 – 595.

20- Barkley, R., "*Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)* ". New York, NY: Guilford Press. (2006).

21- Bradshaw, L. G., & Kamal, M., "Prevalence of ADHD in Qatari School-Age Children ". *Journal of Attention Disorders*, 21(5), (2017): 442–449. https://doi.org/10.1177/1087054713517545

22- Carey, W., "Problems diagnosing attention and activity". *Pediatrics*, 103(3), (1999): 664–667.

23- Curtis, D., Pisecco, S., Hamilton, J., & Moore, D., " Teachers perceptions of classroom intervention for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand ", *School Psychology Quarterly, 21*, (2006):171-196. http://dx.doi.org/10.1521/scpq.2006.21.2.17.

24- DuPaul, G., & Stoner, G., "*ADHD in the schools assessment and intervention strategies*". New York: The Guilford Press, (2003).

25- DuPaul, G., & Weyandt, L. " School-based intervention for chil- dren with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on aca- demic, social, & behavioural functioning " . *International Journal of Disability, Development and Education, 53*, (2006): 161-176. http://dx.doi.org/10.1080/1034912060071614 1

26- Garcia, Marlene J. " *Teacher knowledge of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and effective classroom interventions"* . California State University, Long Beach, *ProQuest Dissertations and Theses*, 93 (2009).

27- Goldstein, S., Naglieri, J., & DeVries, M.,*" Learning and Attention Disorders in Adolescence and Adulthood: Assessment and Treatment (2nd ed.) "* . John Wiley & Sons. (2011). http://dx.doi.org/10.1002/9781118093085

28- Guerra, Fred, R. Jr., and Brown, M. S.. "Teacher knowledge of attention deficit hyperactivity disorder among middle school students in South Texas." *RMLE online* , 36.3, (2012): 1-7.

29- Hasan, M., & Tripathi, N. (2014). "Teacher's Perception on Children Having Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)", Universal Journal of Psychology 2(2): 59-64, (2014).
http://www.hrpub.org DOI: 10.13189/ ujp.2014.020202 (2014). DOI: 10.13189/ ujp.2014.020202

30- Kleynhans, S. E., "*Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD*)", (*Master's thesis*), University of Stellenbosch, Stellenbosch, South Africa (2005). Retrieved from http://hdl.handle.net/10019.1/1612

31- Kos, J., Richdale, A., & Hay, D., " Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their teachers: A review of the literature ". *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), (2006): 147- 160.

32- Muanprasart, P., Traivaree, C., Arunyanart, W., & Teeranate, C.,"Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and its associated factors among teachers in 3 large primary schools in Phra Nakorn Sri Ayutthaya province, Thailand ". *J Med AssocThai*, 97(2),(2014): S107-14.

33- Nur, N., Kavakc, O.," Elementary school teachers' knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder". *HealthMED*,4(2), (2010): 350-355. .Retrieved from http://www. ebscohost.com

34- Perold, M., Louw, C., & Kleynhans, S., " Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)" . *South African Journal of Education*, 30(3), (2010): 457-473.

35- Safaan, N. A., El-Nagar,S. A., and SalehA. G., "Teacher s' knowledge about attention deficit hyperactivity disorder among primary school children." American Journal of Nursing Research 5.2 (2017): 42-52.

36- Sciutto, M., Terjesen, M., & Bender, A., " Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" . *Psychology in the Schools,* 37,(2000): 115-122. http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115::AID-PITS3>3.0.CO;2-5

37- Selikowitz, M., *" ADHD: The facts*.", Oxford: Oxford University Press, (2004).

38- Weyandt,L.L.,Fulton,K.M.,Schepman,S.B.,Verdi,G.R.,&Wilson,K.G., "Assessment of teacher and school psychologist knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder ". *Psychology in the schools,*46(10),(2009): 951-956.

39- Yong Hee, H., "Teachers' Perceptions of Young Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Korea". *Early Child Development of Care*, 178 (4),(2008): 399-414.