

[٥]

التنمر وأثره في ظهور أعراض اضطراب الباراسومنيا
(خلل النوم) لدى أطفال الدمج

د. إيمان علي محمود خضر
مدرس بقسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة الإسكندرية

د. غادة عبد السلام محمد
مدرس بقسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة الإسكندرية

التنمر وأثره في ظهور أعراض اضطراب الباراسومنيا (خلل النوم) لدى أطفال الدمج

د. غادة عبد السلام محمد*

مستخلص البحث:

استهدف البحث الحالي الكشف عن التنمر واثره في ظهور أعراض اضطراب الباراسومنيا (خلل النوم) لدى أطفال الدمج، تكونت العينة الأساسية للبحث من عدد (٤٠) طفلاً وطفلة من الأطفال المدمجين بالمدارس العادية ممن تراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٠) سنوات بمتوسط ٩.٣٤ وانحراف معياري ١.٢٧، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (٢٠) طفلاً من الذكور، و(٢٠) طفلة من الإناث، واستخدمت الباحثتان الأدوات التالية: مقياس ضحايا التنمر إعداد الباحثتان، ومقياس اضطراب الباراسومنيا (خلل النوم) من خلال مقياس اضطرابات النوم إعداد الباحثتان، وأسفرت نتائج البحث عن: وجود توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين (الذكور - الإناث) على مقياس الباراسومنيا لصالح الإناث، تنبئ أبعاد التنمر (التنمر الجسدي، التنمر اللفظي، التنمر الاجتماعي) بالباراسومنيا لدى أطفال الدمج.

الكلمات المفتاحية: التنمر - اضطراب الباراسومنيا (خلل النوم) - أطفال الدمج.

* مدرس بقسم العلوم النفسية - كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة الإسكندرية.

Abstract:

The current research aimed at detecting bullying and its impact on the emergence of symptoms of parasomnia disorder (parasomnia) among mainstream children. The main sample of the research consisted of (40) boys and girls from integrated children in regular schools, whose ages ranged between (8- 10) years, with an average of 9.34 and a standard deviation. 1.27, and they were divided into two groups (20) male children, and (20) female children, and the researcher used the following tools: scale of victims of bullying prepared by the two researchers, and scale of parasomnia disorder (parasomnia) through the scale of sleep disorders prepared by the two researchers, and the results of the research There are statistically significant differences between the mean scores of the two groups (males and females) on the parasomnia scale in favor of females. The dimensions of bullying (physical bullying, verbal bullying, social bullying) predict parasomnia among mainstream children.

مقدمة:

عرف الفيلسوف لوكرتوس Lucretius النوم منذ أكثر من ألفي عام مضت على أنه "غياب اليقظة" بينما طب النوم حالياً قدم مفهوم جديد للنوم على أنه ليس الغياب البسيط لحالة اليقظة وتعليق العمليات الحسية والإدراك بل هو مزيج من التفعيل الوظيفي لمناطق محددة من الدماغ ولانسحاب السليبي لبعض المحفزات الواردة.

ويرى محسن السويدي ٢٠١٩ أن النوم ليس عملية سلبية فعند محاولة فهم وتقييم صحة الفرد فإن ذلك الفهم يشمل ملاحظته نائماً ومستيقظاً، فالتغيرات القائمة في كم وكيفية النوم لها بالغ الأثر في الوظائف النفسية والمعرفية والوجدانية.

ويشير الطيب محمد ٢٠٢٠ أن حالات اليقظة أو النوم يمكن تعريفها من خلال بعض المعايير الفسيولوجية والسلوكية فمن الناحية الفسيولوجية تعتمد التعريفات على البيانات والمعلومات الخاصة بدراسة كهرياء المخ وتقييم قدرة العضلات وكذلك تخطيط وتسجيل حركات العين بينما تعتمد المعايير السلوكية على الاستجابة للمحفزات وحالة الجفون وحركة العين ومستوى اليقظة.

ويضيف (2014) Ashrok El Tantauy بالغرم أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM- 5 لم يحدد تصنيف خاص لاضطرابات النوم في الطفولة فإن التصنيف الحالي يشمل الراشدين والأطفال معاً على الرغم أن بعض الحالات يتم تحديد بعض السمات التطورية لها مثل الباراسومنيا.

وتعرف الجمعية الأمريكية لطب النوم (A.ASM) (American Association of Sleepmedicine) أن الباراسومنيا أو خلل النوم على أنها مجموعة من الأعراض الجسدية الغير مرغوبة التي تحدث في أي مرحلة من مراحل النوم بدءاً من الدخول في النوم أو أثناء النوم أو حتى خلال مرحلة الاستيقاظ (Joel Reiter, 2011).

ويشير (2021) Gulin Benir أن المشي أو الذعر أثناء النوم من أهم الأمثلة على الإصابة بالباراسومنيا والتي تعد من السلوكيات المعقدة التي تحدث أثناء الاستيقاظ الجزئي في مرحلة النوم البطيء أو ما يطلق عليه الموجة البطيئة.

ويرى (Amaie carnet 2021) أن أعراض الباراسومنيا تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة أو ما قبلها بوقت مبكر في عمر ١٨ شهر والذي يعتبره الكثير حالة من الأرق خلال الاستيقاظ الجزئي في مرحلة النوم البطيء، والذي غالباً ما يصاحبه الصراخ ومظاهر الخوف الشديد.

وبضيف (Nogan Yan 2022) أن الطفل المصاب بالباراسومنيا نادراً ما يتذكر سيره أثناء النوم أو نوبات الذعر التي تصيبه بينما يحتفظ بذكرى الكابوس الذي راوده بشكل عام.

وكثيراً ما تتصدر مشكلة التتمر كثير من الدراسات والبحوث في المجال النفسي حيث تعد من أخطر المشكلات السلوكية التي يعاني منها أغلب المجتمعات في الآونة الأخيرة نتيجة آثارها السلبية على مختلف الجوانب الخاصة بحياة الفرد.

ويرى سعود الجوهرة (٢٠١٧) أن عادة ما يتداخل بعض المفاهيم كالعدوان والعنف مع مفهوم التتمر وعند محاولة التتمر بين تلك المفاهيم نجد أن التتمر يعد أولى مراحل العدوان بشقيه اللفظي أو المعنوي وعند زيادة معدل التتمر فإنه يتحول بطبيعة الحال إلى عنف جسدي أو عدوان لفظي.

إن التتمر يعد من أنماط العدوان حيث يسود عدم توازن القوى بين الضحية والمتمتم ولكن يختلف التتمر عن العدوان في القصد وعدم التوازن في القوة النفسية والجسدية وتكرار العنف الموجه.

وبضيف (Hwany & Kim 2018) من الهام دراسة ظاهرة التتمر على الأطفال ذوي الإعاقة فهم أكثر عرضة للتتمر حيث توجد علاقة مباشرة بين التتمر وإعاقات النمو بصورة أكبر من الأطفال العاديين والتي قد تصل نسبتها إلى ٦٠% تتمثل في العديد من السلوكيات الغير مرغوبة كالإساءة والإهمال والتحرش وإطلاق الألعاب المسيئة.

ويشير (Mehedi & Yaqoot 2022) أن التتمر على الأطفال يؤدي زيادة التوتر والجهد النفسي وهو السبب الرئيسي لإطلاق الاضطرابات والأمراض النفسية وعادة ما يتأثر النوم بتلك التوترات والاضطرابات فيعاني كثير من الأطفال من نوبات متكررة من زيادة النوم أو اليقظة.

وان ضحايا التمر عادة ما يعانون ممن اضطرابات الأكل والنوم واضطرابات الاكتئاب والتكيف وبعض الاضطرابات النفس جسمية.

وتوضح دراسة (Sanna, Tiin, 2019) أن الأطفال المعرضين للتمتر من قبل أقرانهم يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية تؤثر على نومهم مسببة القلق الدائم والتجارب السلبية التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال على يد أقرانهم والمضايقات والتهديدات اللفظية والعنف الجسدي تقلل من احترامهم لذواتهم وتجعلهم أكثر عرضة للشعور بالوحدة والإصابة بالاكتئاب والقلق.

وتبين دراسة (Dieter & Suzer, 2014) أن الفتيات المعرضات للتمتر أكثر عرضة للإصابة باضطرابات النوم عن البنين والشعور بالتعب الجسدي وفقدان الشهية نتيجة إفراز هرمون الكورتيزول الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتوتر وتظهر لديهم أعراض الباراسومنيا.

وذوي الإعاقة كغيرهم من الأطفال العاديين يحتاجون لقسط طبيعي من النوم الذي يساعد في تجديد نشاطهم الجسمي والعقلي ويحفظ توازنهم الداخلي وعند حدوث حالة من حالات الحرمان من النوم أو مقصورة في جودة النوم فإنه من يؤثر بالسلب على المزاج العام والتركيز ومع استمرار حالة العجز عن النوم لفترة طويلة فإن ذلك يؤدي إلى كثير من الاضطراب النفسية كنوبات الغضب والاكتئاب والهلاوس وتدهور حالة الوعي (حمزة عايد، ٢٠١٦)، (Marian Dehghani, 2019).

ويرى (Qiqichin, 2022) أن حالات اضطراب النوم تصيب ذوي الإعاقة بشكل عام وتزيد بين المعاقين عقلياً في فئاته المتوسطة والشديدة فتدني قدراتهم العقلية والفشل في التوافق وضعف السلوك التكيفي مع البيئة والمحيط من حولهم يؤدي إلى مزيد من المشكلات الانفعالية لديهم التي تتحول فيما بعض إلى أنماط من الاضطرابات النفسية والميل إلى العدوانية وزيادة نوبات الغضب.

مشكلة البحث:

ترى الباحثتان أن تعرض أطفال الدمج للفشل والإحباط خلال المواقف المختلفة والتي يشعرون فيها بالعجز الشديد في مواجهة الصعوبات والمشكلات

وصراعات الإقدام والإحجام واللجوء للحيل الدفاعية النفسية تجعلهم فريسة للاضطرابات النفسية المختلفة كاضطرابات النوم المختلفة التي تعد مؤشراً هاماً لما يحدث لهم خلال أنشطتهم اليومية والمواقف المختلفة التي يتعرضون لها فالنوم الغير مستقر ينتج عن مشاعر القلق والتوتر التي تتكون نتيجة واقف الإحباط ونظرة الآخرين من حولهم وعند تعرض أطفال الدمج لمزيد من الرفض والنبذ والتهمر بأشكاله المختلفة فإن ذلك بالتبعية يؤدي إلى دعم شعور القلق والتوتر سواء في مستوى الوعي أو اللاوعي والذي يظهر جلياً خلال فترة النوم وفي صورة مجموعة من السلوكيات الغير مرغوبة أثناء النوم كالكوبيس وتململ الساقين والمشى أثناء النوم واصطكاك الأسنان والتي تتدرج جميعها تحت مظلة الباراسومنيا أو خطر النوم.

وفي ضوء ما تم عرضه من أدبيات تحاول الدراسة الحالية إلقاء الضوء على مشكلة التتمر لدى فئة الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين بالمدارس العامة وعلاقتها بظهور اضطراب الباراسومنيا (خطل النوم) حيث تعاني تلك الفئة من التتمر أضعاف أقرانهم العاديين ودراسة الآثار النفسية السلبية التي قد تظهر من خلال ظهور أعراض اضطراب الباراسومنيا كأحد اضطرابات النوم التي تؤثر بشدة على أدائهم الأكاديمي والاجتماعي وتعيق نموهم بشكل واضح ويمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في الأسئلة التالية:

- ١- هل توجد علاقة بين التعرض للتتمر وظهور أعراض الباراسومنيا لدى أطفال الدمج.
- ٢- هل توجد فروق بين درجات أطفال الدمج (البنين - البنات) الذين يتعرضون للتتمر على مقياس اضطراب الباراسومنيا.
- ٣- هل ينبؤ التتمر لدى أطفال الدمج بأعراض الباراسومنيا.

أهمية البحث:

- ١- إلقاء الضوء على الآثار السلبية لتعرض الأطفال المدمجين من ذوي الإعاقة في المدارس العادية للتتمر من قبل أقرانهم العاديين والبيئة المحيطة.
- ٢- المساعدة على رصد المتغيرات والمشكلات المحيطة بظاهرة التتمر بالأطفال ذوي الإعاقة.

أهداف البحث:

يحاول البحث الحالي تحقيق الأهداف التالي:

- ١- الكشف عن علاقة دالة إحصائياً بين ظهور أعراض الباراسومنيا (خطل النوم) والتعرض للتمتر لدى أطفال الدمج.

المصطلحات والمفاهيم الإجرائية للبحث:

١- أطفال الدمج Irrigated children:

هم الأطفال المعاقين المنخرطين في نظام التعليم مع الأطفال العاديين ضمن إطار المدرسة العادية بإشراف كوادر تعليمية في الفصول العادية وفي بيئة أقل تقيداً لتحقيق جيداً تكافؤ الفرص وأقل تقييداً لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص والمساواة الاجتماعية من خلال عملية منسقة وشروط منهجية والمساواة الاجتماعية من خلال عملية منسقة وشروط منهجية وتعرفهم الباحثان إجرائياً (سهير شاش، ٢٠١٩).

وتعرفهم الباحثان إجرائياً: هم الأطفال ذوي الإعاقة من ذوي الإعاقة البسيطة أو المتوسطة الذين يتلقون الخدمات التعليمية مع أقرانهم العاديين في نفس العمر العقلي في الفصول العادية مع تقديم بعض خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة بهدف تقليل من الفوارق النفسية والاجتماعية بينهم وبين المجتمع من حولهم.

٢- الباراسومنيا (خطل النوم) Parasomnia:

تشمل الباراسومنيا مجموعة من اضطرابات النوم التي يوافقها نقص أو فرط النوم مصاحباً له حركات جسدية غير طبيعية تحدث خلال فترات النوم دون وعي من الفرد أو تذكر ما حدث (Mayo Clinic, 2021).

وتعرفه الباحثان إجرائياً: الباراسومنيا هو اضطراب عصبي يشمل مجموعة الأحداث الحسية أو الحركية التي تحدث أثناء فترات النوم أو الانتقال بين مراحل النوم المختلفة محدثة شعور بالإزعاج وعدم الراحة للمصاب ومن حوله وهي لا تخضع للتحكم الواعي للمصاب أو إصدار استجابات للبيئة الخارجية وعدم القدرة على تذكر الحدث.

٣- التمر bullying:

هو شكل من أشكال العنف الموجه تجاه فرد أو مجموعة من الأفراد بطريقة متعمدة وتكرارية بقصد الإزعاج أو إلحاق الأذى من خلال الهجوم أو التهديد اللفظي أو البدني (Unicef Egypt, 2018).

وتعرفه الباحثتان إجرائياً: هو سلوك عدواني مقصود ومتكرر يهدف للسخرية والإضرار بالأطفال المدمجين في المدارس العادية من ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة نفسية أو جسديين من خلال الاستبعاد أو النبذ الاجتماعي والأذى الجسدي لانعدام توازن القوى بين المتمتر والضحية.

حدود البحث:

١- الحدود البشرية: عينة من الأطفال ذوي الإعاقة المدمجين في المدارس العادية (٤٠) طفلاً (٢٠) من البنين وعدد (٢٠) من البنات من مدارس الدمج بالإسكندرية (مدرسة محمد حافظ غانم بالسيوف- مدرسة فيوتشر لغات بالمنندرة- مدرسة مصر الحديثة أبيس).

٢- الحدود الزمانية: تطبق أدوات البحث خلال الفصل الدراسي الأول (٢٠٢١-٢٠٢٢) وتقتصر الدراسة على معرفة نوع العلاقة بين ظهور أعراض الباراسومنيا والتعرض للتمر.

الإجراءات:

١- منهج الدراسة: تتبع الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لمتغيرات الدراسة وتحليل نتائجها الإيجابية المنطقية على تساؤلات الدراسة.

٢- عينة البحث: تشمل عينة الدراسة (٤٠) طفل وطفلة من ذوي الإعاقة المدمجين بالمدارس العادية من (٨- ١٠) سنوات في ثلاث مدارس بالإسكندرية.

أدوات البحث:

استخدمت الباحثتان لتحقيق هدف البحث:

- ١- مقياس ضحايا التمر إعداد الباحثتان.
- ٢- مقياس اضطراب الباراسومنيا (خطل النوم) من خلال مقياس اضطرابات النوم إعداد الباحثتان.

الإطار النظري:

[١] أطفال الدمج:

بعد مرور العديد من الأعوام من عزل الأطفال ذوي الإعاقة في مؤسسات منفصلة عن مؤسسات التعليم العادية قامت العديد من الدول ومن بينها مصر في القيام بخطوة هامة تعد كفترة انتقالية من نظام العزل في الدعاية والتعليم لذوي الإعاقة إلى نظام الدمج التعليمي الكامل لبعض فئات هؤلاء الأطفال.

وفي ظل التزايد المستمر إعداد هذه الفئة من الأطفال لم تعد تنتظر لهم الدول كفة مهمة فأصبح من الضرورة إتاحة الفرص لمشاركتهم الفعالة في المجتمع وجعل دورهم أكثر إيجابية فكان من الحتمية إعادة دمجهم في المجتمع وأصبح الاهتمام بهم أحد المعايير الأساسية لتقديم الدواء (Elena. Gigorendo, 2020).

وتعتمد فلسفة الدمج على قضاء الأطفال ذوي الإعاقة من فئة الإعاقة العقلية البسيطة أطول وقت في الفصول العادية وتعديل بعض البرامج الدراسية العادية لما يتلاءم مع متطلبات وقدرات هؤلاء الأطفال وما يتطلبه التعاون اللازم من قبل خبراء التربية الخاصة ومعلميها والمعلم في الفصول العادية لمساعدة بعض المؤسسات المتخصصة في المجتمع المدني والتوعية بكيفية تعامل المعلمين والأسر والأقران مع تلك الفئة (Mohd Norazni, 2019).

وترى Emilda Sulasni, 2020 أن النقص في الكوادر الفنية وضعف مرونة النظم التربوية والمناهج من أهم العقبات التي تواجه نظام دمج فئة ذوي الإعاقة. و أن عملية الدمج لا تقتصر على الدمج التعليمي والمهني لذوي الإعاقة فقط بل تمتد إلى دمجهم في المجتمع وتقبل وتفهم الآخرين من حولهم لطبيعة ظروفهم. وتشير إحصاءات منظمة اليونيسيف أن من بين كل عشرة أطفال يصنف طفل من ذوي الإعاقة وذلك في نوفمبر ٢٠٢١ ويبلغ عدد الأطفال ٢٤٠ مليون طفل حول العالم (UNECIF Egypt, 2018).

وتعد هذه النسبة الكبيرة صادمة ومن الصعب تجاهلها وإقصائها عن المجتمع وتهميش دورها في الحفاظ على التنوع المجتمعي.

ويرى (Abdul Jalil taha (2021) أن الأطفال ذوي الإعاقة يختلفون عن الأطفال العاديين في القدرات العقلية والحسية والجسدية والعقلية والتعليمية وأيضاً في الخصائص السلوكية لدرجة تستوجب تقديم يد المساعدة والمساندة وأن دمج هؤلاء الأطفال في المجتمع يتيح لهم إثبات دورهم وفاعليتهم فعملية الدمج في المقام الأول تعني تفعيل جميع الأنظمة المجتمعية للقيام بدورها وتأمين ما يلزم وتمهيد البيئة حولهم لعملية الاندماج الكامل وكسر العوائق التي تحول دون ذلك.

ويوضح (CorMeifer (2019) أن عملية الدمج لا تقتصر على القطاع التربوي فحسب بل تمتد إلى كافة القطاعات الطبية والمهنية والاجتماعية فالدمج يعين المساواة في الحقوق وتوفير البيئة التي تساعدهم على تحصيل تلك الحقوق تحقيقاً لمبدأ العدالة والمساواة.

وتعرف سمر حسين (٢٠٢٠) الدمج هو تحقيق المشاركة والمساواة وإقامة الفرصة لذوي الإعاقة للمشاركة الكاملة وإزالة مظاهر التمييز تجاههم.

وترى هدى محمود (٢٠١٨) أن الدمج بأنه تقديم خدمات خاصة للطلاب ذوي الإعاقة في أقل البيئات تقييداً من خلال مشاركة الأقران العاديين مع تلقي خدمات خاصة في الفصول العادية التي يتفاعل فيها مع أقرانه. بينما يشير صالح هادي (٢٠٢٠) أن مفهوم الدمج يتضمن تواجد ذوي الإعاقة مع العاديين بشكل دائم أو مؤقت في الصفوف الدراسي العادية وتوفير فرصة التفاعل الاجتماعي والأكاديمي من خلال شروط خاصة تضمن عملية الدمج.

وترى الباحثتان أن الدمج يمكن وصفه بأنه عملية منهجية علمية يتم تطبيقها بهدف انصهار ذوي الإعاقة مع أقرانهم لخلق مناخ اجتماعي يزيد من مستوى التقبل الاجتماعي والنفسي لهم من خلال فرص النمذجة والتعاون بدعم من معلمي التربية الخاصة والعاديين لضمان سير جيد للعملية التربوية وضمان العدالة والمساواة وعدم التمييز.

أنواع الدمج:

١- الدمج الاجتماعي:

ويقصد به دمج الأطفال ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية اليومية العادية والمشاركة في أنشطة المجتمع ويشمل الدمج الوظيفي والدمج في السكن ومحاولة

تهيئة المجتمع لتقبلهم وتقبل احتياجاتهم الخاصة لتحقيق التكامل مع الدمج الأكاديمي وهو يعد أهم أنواع الدمج.

٢- الدمج العادي:

والمقصود بالدمج العادي هو دمج الطلاب ذوي الإعاقة في الفصول الدراسية العادية مع الطلاب العاديين وتقديم وتوفير خدمات التربية الخاصة بهم.

٣- الدمج الشامل:

ويستخدم عادة لوصف التجهيزات التعليمية للطلاب العاديين وذوي الإعاقة على حد سواء بصرف النظر عن توعية الإعاقة والاندماج في فصول عادي مناسبة لأعمارهم العقلية مقارنة بأقرانهم وتوفير الدعم اللازم لهم.

٤- الدمج التكاملي:

ويعبر عن تعليم الأطفال ذوي الإعاقة ورعايتهم ودمجهم مع أقرانهم العاديين ويشمل أربعة أنواع هي:

- التكامل الوظيفي الذي يشير لون مع أقرانهم في استخدام المواد المتاحة.
- التكامل الاجتماعي والذي يشمل المشاركة في الأنشطة الغير أكاديمية كالرحلات والمسابقات.
- التكامل المكاني ويعمل على وضع الأطفال ذوي الإعاقة في فصول خاصة بهم في المدارس العادية.
- التكامل المجتمعي وتتاح فيه الفرص لذوي الإعاقة للعمل والالتحاق بمراكز التأهيل لضمان إعالتهم لأنفسهم (عبد العزيز الشخص، ٢٠١١)، (بطرس حافظ، ٢٠٠٩).

أهداف الدمج:

- ١- إتاحة الفرصة لتعليم متكافئ مع الأطفال العاديين.
- ٢- توفير الفرص للانصهار في الحياة العادية والتفاعل السوي.
- ٣- توفير الخدمات المتكاملة لذوي الفئات الخاصة في بيئتهم المحلية دون أي عناء.
- ٤- توفير الفرص التعليمية لأكبر نسبة ممكنة من هؤلاء الأطفال.

٥- مساعدة الأطفال العاديين على معرفة الأطفال ذوي الإعاقة وتفهم مشكلاتهم ومساعدتهم.

٦- خفض التكاليف العالية لمراكز التربية الخاصة.

٧- تقليص الفوارق النفسية والاجتماعية بين الأطفال.

٨- توفير مناخ أكاديمي مناسب للنمو الاجتماعي والنفسي السوي.

٩- مساعدة أسر هؤلاء الأطفال في الاندماج المجتمعي.

١٠- تغيير اتجاهات المجتمع والعاملين في المدارس العامة للأفضل تجاه هؤلاء الأطفال وتوقعاتهم المتدنية تجاههم.

١١- التركيز بعمق على تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية لأطفال ذوي الإعاقة من خلال التواجد في بيئة غنية وداعمة.

١٢- إتاحة الفرص لتحسين مفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال (إكرام قاسمي، ٢٠٢٠)، (فايز الضغيري، ٢٠٢١).

ويرى عبد الناصر السويطي (٢٠١٦) أن الدمج يعد سلاحاً ذو حدين يعتمد ويحدد باتجاه وطريقة تطبيق الدم، فبعض الأطفال من ذوي الإعاقة قد لا يتكيفون في أوضاع الدمج المختلفة لعدم فاعلية الخدمات المقدمة لهم وسلبيات عملية التطبيق التي قد لا يعد لها مسبقاً.

وتشير سهير شاش (٢٠١٩) أن السلبية التي يصدرها المجتمع تجاه ذوي الإعاقة يشكل صعوبة تجاه تطبيق سياسات الدمج وتحقيق الأهداف للإحباط قد يصب هؤلاء الأطفال لشعورهم بعدم قدرتهم على مجاراة أقرانهم.

ويوضح (Janna Kesalainan (2022) أن التقديرات التحصيلية لذوي الإعاقة قد لا تعد بواقعية عن إمكاناتهم الحقيقية، وقد يعاني هؤلاء الأطفال من مشاعر الإحباط والفشل والخوف والانطواء نتيجة لعدم التهيئة الجيدة للمدارس والطلاب المحيطين وكوادر التدريس، فالدمج لا بد وأن يلائم الظروف الاجتماعية والتعليمية والثقافية العامة للمجتمع والأخذ ي لاعتبار حاجات كل طفل وأن هناك مشكلات قد تنشأ جراء الدمج خاصةً للأطفال الذين يعانون صعوبة شديدة في التعلم أو إصابات في أساليب الاتصال.

فئات الدمج:

- يطبق نظام الدمج في مصر للطلاب ذوي الإعاقة البسيطة بمدارس التعليم العام الحكومية ومدارس الفرصة الثانية والمدارس الخاصة واللغات والمدارس الدولية في جميع مراحل التعليم قبل الجامعي ويبدأ سن الدمج من ٦- ٩ سنوات وتقبل الفئات التالية:
- ١- فئات الإعاقة الحركية مجموع الدرجات وحالات الشلل الدماغي وقيم استثناء الحالات الحادة والشديدة من القبول.
 - ٢- فئات الإعاقة السمعية على ألا يزيد مقياس السمع لديهم عن ٧٠ ديسبل وألا يقل عن ٤٠ ديسبل وذلك باستخدام المعينات السمعية لزراعة القوقعة، وسماعات الأذن.
 - ٣- فئة الإعاقة الذهنية والتي تشمل معدل ذكاء من ٦٥- ٨٤ باستخدام مقياس ستانفورد بنييه.
 - ٤- فئة بطيء التعلم والذي يبدي انخفاضاً ملحوظاً في جميع المواد الدراسية مع عدم الاستيعاب ويمكن أن يصاحبه انخفاض في معدل الذكاء.
 - ٥- فئات متعددي الإعاقة لا يتم قبولها بمدارس الدمج مع استثناء الإعاقة الحركية.
 - ٦- فئات متعددي الإعاقة لا يتم قبولها بمدارس الدمج مع استثناء الإعاقة الحركية.
 - ٧- فئة الإعاقة البصرية يتم قبولها سواء الكفيف أو ضعيف البصر.
 - ٨- فئة متلازمة إيرلين أو حساسية الضوء الانتقائية (قرار ٢٥٢، ٢٠١٨)

[٢] النوم:

ترتبط الصحة بشقيها النفسي والجسدي مع النوم بعلاقة معقدة فبالرغم أن النوم هو حال طبيعية تعمل على استعادة نشاط الفرد خلال النهار إلا أن النوم يعد الوظيفة الأساسية للمخ في بداية الحياة حيث يبدأ انتظام التوازن بين النوم واليقظة.

فالنوم هو حالة من الراحة والاسترخاء تحدث لأغلب الكائنات الحية يقل خلاله الشعور بما يحدث في محيط الكائن الحي والحركات الإرادية الخاصة به، وبالرغم أن فترة النوم تمثل ثلث حياة الإنسان وشيوع بعض الاعتقادات السائدة بأن النوم هو سكون وظائف الجسد والعقل ومحاولة تجديد نشاط الجسم إلا أن الواقع

العلمي أثبت كثير من الحقائق التي تحدث أثناء النوم من خلال وظائف وأنشطة معقدة للدماغ وأمراض تظهر فقط أثناء النوم وتختلف مع الاستيقاظ (محسن السويدي، ٢٠١٩).

ويرى محمد عبد الله (٢٠١٧) أن نظام النوم واليقظة يعتمد على ما يسمى بالساعة البيولوجية التي تعمل على تنظيم معدل النعاس والنشاط خلال ساعات اليوم فهي تزيد أو تنقص إيقاع تلك المعدلات في أوقات مختلفة.

وتشير مايو كلينيك في تقريرها (Mayo Clinic 2021) أن اضطرابات النوم تؤثر على صحة الفرد العامة فالحرمان من النوم يؤثر في القدرة على أداء المهام اليومية بصورة سليمة ويزيد من خطورة حدوث المشكلات الصحية المختلفة. فاضطرابات النوم قد تحدث خلال النهار كفرط النعاس أو تتضمن بعض الاضطرابات الأخرى خلال دورة النوم والتي غالباً ما يصاحبها نمط تنفس غير عادي وشعور غير مريح.

ويرى حمزة عابد (٢٠١٦) اضطرابات النوم هو نوع من الاضطرابات ذات المنشأ النفسي والتي عادة ما تظهر في سن ما قبل المدرسة وهي الفترة التي يبدأ فيها الوعي في تسجيل ما يحدث حول الطفل من أحداث وتغيرات وغالباً ما يرتبط عدم الارتياح في فترات الليل مع عدم الارتياح في النهار ويستثنى من ذلك الحالات التي تعاني من أسباب عضوية واضطرابات فسيولوجية.

وتشير مديحة دياب (٢٠١٥) أن اضطرابات النوم والتي تتضمن فترات من اختلال النوم والفرع الليلي والكوابيس وغيرها من الاضطرابات تكون نتيجة أحداث نهائية غير سارة.

النظريات المفسرة للنوم:

١- نظرية الاستعادة:

وهي تعد النظرية الأكثر شهرة لتفسير وظيفة النوم والتي تعتمد في تفسيرها على فرضين أساسيين الأولى هي استعادة الجهاز العصبي أو الاستعادة العصبية والتي يتعافى فيها الدماغ وليس الجسد والتي توضح أن النوم يقاوم التأثيرات الخاصة بالتمثيل الغذائي للدماغ خلال فترة النهار وأن النوم فترة الحركة البطيئة للعين يحدث تغيرات فسيولوجية مصاحبة كزيادة حرارة الدماغ وكذلك التمثيل الغذائي، والفرضية

الثانية أن النوم يمثل فترة النقاهاة وخاصة للجهاز العصبي المركزي حيث يقل معدل زيادة استهلاك الأوكسجين خلال فترة النوم وبالتالي ينخفض معدل التمثيل الغذائي ويبدأ الجسم في عملية البناء أثناء النوم وإفراز هرمون النمو بشكل رئيسي (Ashraf (El Tantawy, 2014).

٢- نظرية الحفاظ على الطاقة:

والتي تناولت أهمية النوم بالنسبة للفرد وتفسر تلك النظرية اشتراك المملكة الحيوانية في وظيفة النوم في الاستثمار البيولوجي خلال النوم الذي يحد من طاقة اليقظة لذا فإن الأنشطة المتنوعة تزداد خلال فترة النهار واليقظة، فلذا يجب تساوي فترة الراحة والنقاهاة خلال الليل مع الفترة النهارية للنشاط، فالحفاظ على الطاقة أثناء فترة النوم يقاس بمعدل استهلاك الطاقة خلال النهار ويقاس معدل الطاقة بمعدل التمثيل الغذائي والذي ينخفض أثناء الليل بمعدل ٢٥% وأن نوم الموجة البطيئة يرتبط بالحفاظ على الطاقة، فالأشخاص ذوي التمثيل الغذائي المرتفع أثناء اليوم يصبح نومهم بطيئاً بل وينامون فترة أطول ممن لديهم معدل تمثيل غذائي منخفض، ولذلك فإن الأطفال الرضع أبطأ موجة من النوم ويقبل ذلك المعدل مع التقدم في العمر وذلك يفسر قصر ساعات النوم في فترة الشيخوخة لانخفاض معدل التمثيل الغذائي لديهم (Schmidt, 2014).

- مراحل النوم:

من خلال التخطيط الخاص بكهربية الدماغ وكهربية العضلات والعين تمكن علماء طب النوم من تحديد أربعة مراحل أساسية للنوم الطبيعي للفرد وهي مراحل متناوبة بطريقة دورية من خلال نمطين أو نوعين في حركات العين:

١- حركة العين السريعة (REM).

٢- حركة العين البطيئة (NREM) (Gulin Benir, 2021).

وتضيف (Irena Tomson (2020 أن خلال فترة النوم العادي عادة ما يمر الفرد بعدد من دورات النوم تتراوح من ٤ إلى ٦ دورات من خلال تناوب بين نمطي حركات العين إلا أن بعض الأداءات الحركية الغير طبيعية قد ترتبط وتتزامن مع أحد نمطي حركة العين.

ويشير (Hameel El;khayat (2022) أن مفهوم هيكلية النوم العظمي هي ان النوم قد يشير إلى تفسير ووصف طبيعة النوم من حيث حالة النوم مقابل حالة اليقظة ومراحل النمو ودوراته من حيث نمطي REM / MREM أو كفاءة النوم وكمون النوم.

ويرى (Joel Eeilter (2021) أن هيكلية النوم الصغرى يتخللها ظواهر وأحداث أكثر دقة والتي تشمل بعض الاستثنائات التي تؤدي إلى تجزئة النوم دون أي صحوات سلوكية أو نشاط دماغي في مرحلة NREM يؤدي لتأرجح فترات اليقظة.

ويوضح (Gulis Benir (2021) أن التطور النمائي للفرد من الميلاد إلى الرشد يشمل العديد من التغيرات على مستوى الهيكلية العظمى والهيكلية الصغرى من خلال انخفاض مستوى الحاجة للنوم والذي يصل في الأطفال حديثي الولادة إلى ستة عشر ساعة في اليوم ويبدأ في الانخفاض خلال التقدم في العمر إلى أن يصل ما بين ٧-٨ ساعات للبالغين ذروة النوم لدى الأطفال حديثي الولادة يقدر ب ٤٥ دقيقة وتزيد لدى البالغين إلى ساعتين.

ويرى (Jiang hong (2018) أن الممارسات الجيدة لنوم صحي تعتمد في مجملها على الأحداث النهارية والليلية للفرد، والتي تؤثر في مرحلة بدء النوم والتي تعتمد بشدة على بيئة النوم وأن الممارسات الصحيحة للنوم ما هي إلا العوامل الوسيطة المحتملة والتي تقع بين الاحتياج البيولوجي للنوم والظروف البيئية المحيطة والتي قد ت سهل أو تعيق عملية النوم.

- معايير تقييم النوم:

- ١- صعوبة النوم والتي تشمل صعوبة النوم خلال ٢٠ دقيقة بعد الدخول للفراش وغالباً ما يكون المتسبب الرئيسي فيها اضطراب المزاج وبعض اضطرابات النوم كتلملل الساقين.
- ٢- مقاومة النوم ومنها رفض الطفل البقاء في الفراش أو النوم بصفة عامة وعادة ما تكون نتيجة عدم وضع الوالدين حدود للنوم وافتقار القدرة على التعامل والسيطرة على سلوك الطفل.

- ٣- الاستيقاظ الليلي وهي نوبة تصيب بعض الأطفال ليلاً لفترات طويلة في حال عدم تهيئة ظروف وبيئة جديدة للنوم للأطفال (Amaie carnet, 2021).
- ٤- فترة النوم والتي يمكن حسابها بعدد ساعات النوم الإجمالية خلال ٢٤ ساعة.
- ٥- صعوبة الاستيقاظ في الصباح وصعوبة النهوض من الفراش نتيجة عدم كفاية النوم.
- ٦- النعاس خلال النهار والتي يشعر فيها الطفل بالنعيب والميل إلى النوم نتيجة الحرمان من النوم أو بعض اضطرابات المزاج والاضطرابات العصبية.
- ٧- اضطراب وانقطاع التنفس أثناء النوم ومنها حالات الشخير ونقص التنفس الانسدادي الجزئي وزيادة جهد الجهاز التنفسي.
- ٨- النوم المتوتر والذي يشمل القيام بالحركات الشديدة لجميع أجزاء الجسم أو بعض الأعضاء أثناء النوم.
- ٩- الباراسومنيا (خطل النوم) وهي الأحداث والتجارب والسلوكيات التي تحدث أثناء الدخول للنوم وخلال النوم أو أثناء اليقظة من النوم والتي تشمل:
- المشي أثناء النوم.
 - الكوابيس.
 - السلس الليلي للبول.
 - الأنين المفرد أثناء النوم (Nogan Yan- Jacqueline Molane, 2019).

الباراسومنيا (خطل النوم) لدى الأطفال:

تعرف الباراسومنيا على أنها بعض السلوكيات المضطربة التي تحدث أثناء النوم والتي عادة ما تتم في مرحلة حركة العين الغير سريعة (NREM) وتشمل الذعر الليلي ورؤية الكوابيس والمشى أثناء النوم والحديث وصرير الأسنان والاضطرابات الحركية في بعض أجزاء الجسم.

ويرى (Katinka Tuisku (2020 أن الباراسومنيا عادة ما تحدث في مرحلة NREM في الساعات الأولى من دورة اليوم والتي يستدل عليها من خلال بعض الأداءات السلوكية الناتجة عند استثارة القشرة المخية بطريقة غير مكتملة خلال مرحلة النوم العميق وحركة العين البطيئة NREM والذي يجد فيها المصاب صعوبة شديدة في الاستقاظ والشعور بالترنح والارتباك.

وتشير (Elisabetla Fasiello (2022) أن السير أثناء النوم هو مزيد من السير مع اختلال في التوازن والوعي وقد يقوم الفرد بالقيام ببعض الأداءات السلوكية دن وعي وهنا تكمن الخطورة فقد يصاب الطفل بإصابات بالغة نتيجة تلك السلوكيات. وتضيف (Jojo Joseph (2018) أن ١٧% من الأطفال بدءاً من سن الرابعة مصابون باضطراب السير أثناء النوم وأن نسبة كبيرة من الأطفال قد يعانون بالسير أثناء النوم وأن نسبة كبيرة من الأطفال قد يصابون بالسير أثناء النوم مرة واحدة على الأقل ولكن آخرون يعانون من تكرار ذلك الاضطراب وعادة ما يحدث فقدان ذاكرة كنتك الأحداث إلا أنه من الممكن لنوبة السير أثناء النوم أن ينتج عنها يقظة مشوشة أثناء الاستثارة في فترة NREM أحياناً ولكن مع عدم القدرة على استرجاع الأحداث في اليوم التالي.

وتشير دراسة (Joel Erikson (2019) أن الذعر الليلي والذي يعد أحد أركان الإصابة بالباراسومنيا الشائعة ما هو إلا نوبات من الخوف الزائد والشديد الذي يبدأ بمرحلة الصراخ المفاجئ يتميز بعلو مستوى الصوت مع زيادة في نشاط الجهاز العصبي الإداري.

وتضيف أن الأطفال ما قبل سن المراهقة هم الأكثر شيوعاً لحالات الذعر الليلي وان هناك العديد من الدراسات التي تظهر وجود علاقة مباشرة بين مستوى القلق وظهور أعراض الباراسومنيا وبخاصة حالات الذعر الليلي والاستيقاظ المفاجئ المصاحب بصراخ. وتشير (Ingelika Schlarb (2018) أن خطل النوم أو الباراسومنيا والتي تظهر في سلوك الحديث أو التكلم أثناء النوم هي الأكثر شيوعاً وتمثل حوالي ٥٠% بين الأطفال من عمر ٣ سنوات إلى ١٣ سنة والتي عادة ما يصاحبها السير أثناء النوم أو الذعر الليلي والذي يدعم وجود مسببات مشتركة بينهما.

وتوضح دراسة (Said Alkaabi (2018) أنه قد يصاحب الإصابة بالباراسومنيا بعض الاضطرابات الحركية في أجزاء من الجسم بطريقة مفاجئة والتي تختلف تماماً عن متلازمة تلمل الساقين التي يكون السبب الرئيسي فيها الاضطرابات الحس حركية والرغبة الملحة في تحريك الساقين.

وترى (Nozmu Kawashima (2021) أن طفل النوم أو الباراسومنيا هو مجموعة من اضطرابات النوم التي تصاحبها حركات جسدية غير مقصورة أو أداءات سلوكية تحدث في أي مرحلة من مراحل النوم.

وتوضح (Ya Kinoshita (2021) أن الباراسومنيا أكثر شيوعاً في الأطفال عن البالغين وهو يصيب ٣٠% من الأطفال في أي مرحلة من مراحل الطفولة على الرغم من أنه يمكن أن يصيب الفرد في أي عمر.

وتضيف دراسة (Francois Bilodeau (2020) أن النوم ينقسم إلى مرحلتين أساسيتين هما مرحلة النوم المصاحب لحركة العين السريعة (Rapid eye movement) REM والتي تحدث خلالها الأحلام والمرحلة الثانية من رحلة النوم (Non rapid eye movement) NRM والتي تحدث فيها الباراسومنيا.

بينما ترى (Irena tomson (2020) أن النوم يمكن تقسيمه إلى ٥ مراحل مختلفة تعتمد على خصائص الجسم والعقل أثناء النوم وتشمل مرحلة.

ويعد النوم حالة طبيعية يسودها الاسترخاء حيث تقل فيها الشعور بالمحيط الخارجي والحركات الإرادية ولا يعد النوم فقداناً للوعي وإنما تغير في حالة الوعي لإعادة تنظيم أنشطة الدماغ والعمليات الحيوية.

وتشير (Melanie & Amanda (2019) أن النوم يمكن تقسيمه إلى عدة مراحل:

- ١- **مرحلة أحلام اليقظة** التي يفكر فيها الفرد في الأحداث والأمور من حوله ويراهم كأنها حلم أثناء يقظته لذا تعد تلك المرحلة هي مرحلة انتقالية بين اليقظة والنوم وتتميز تلك المرحلة بإطلاق المخ لموجات بيتا التي تؤثر على موجات المخ الأخرى وتسبب الاسترخاء السريع وتستمر حوالي ١٠ دقائق.
- ٢- **مرحلة مغازل النوم**: وتمتد هذه المرحلة قرابة العشرون دقيقة والتي يبدأ فيها المخ بإصدار مجموعة من الموجات السريعة والنشطة تعرف بمغازل النوم وفيها يحدث تباطؤ في معدل ضربات القلب مع انخفاض في درجة حرارة الجسم استعداداً لحالة السكون والدخول في النوم.
- ٣- **مرحلة موجات دلتا**: وهي المرحلة الانتقالية بين مرحلة النوم الخفيف ومرحلة النوم العميق والتي يتم إطلاق موجات دلتا شديدة البطء من قبل المخ.

٤- **مرحلة نوم دلتا:** وفيها تسيطر موجات دلتا سيطرة كاملة على كافة عضلات الجسم وخلاياه عن طريق إبطاء أداؤها وتستغرق قرابة الثلاثين دقيقة زيادة أو نقصان والدخول في بداية مرحلة النوم العميق.

٥- **مرحلة النوم العميق:** وتعد تلك المرحلة الأكثر تعقيداً بين مراحل النوم والتي تظهر فيها حركة العين السريعة REM وبتزايد فيها نشاط المخ بصورة ملحوظة أثناء الأحلام ويمكن للفرد خلال تلك المرحلة تحريك بعض الأعضاء بطريقة لا إرادية كالقدمين واليدين.

ويرى (Albert Mnrfin 2022) أن المرحلة الثالثة والرابعة يمكن وصفهما بالنوم بطيء الموجة أو Slow wav sleep والتي فيها يصبح إيقاظ النائم أكثر صعوبة بينما مرحلة النوم العميق أو REM تبدأ بعد تسعين دقيقة من النوم.

ويوضح محسن بن بديني (٢٠١٩) أن مقدار النوم للفرد وشعوره بالراحة يتأثر بعوامل عدة منها العمر ومستوى الإثارة والنظام الغذائي والدوائي للفرد فالنوم العميق له دور بالغ وحيوي في صحة المخ بإزالة البروتينات السامة من الدماغ وتكوين روابط عصبية جديدة وتقوية الوصلات العصبية وتعزيز القدرة على التعلم.

أهمية النوم:

يعد النوم الركن الرابع لصحة الإنسان إلى جانب الصحة العقلية والرياضية والتغذية، فالنوم حالة فيها تختلف وظائف الجسم الفسيولوجية من حالة اليقظة وكل ما يمر بها من أحداث وعمليات بيولوجية إلى حالة من السكون والاستجابات المنخفضة للمنبهات الخارجية المحيطة بالفرد.

ويرى (Ashraf el Tantawy 2014) أن البعض يتصور أن النوم هو عملية راحة بسيطة لقلّة الدلالات البيولوجية خلاله ولكن في الواقع أن النوم يعد بداية عملية أكثر تعقيداً لجميع الأنظمة لدى الكائنات الحية حيث تعمل تلك الأنظمة على خفض درجة حرارة الجسم والتحكم بها وتنظيم التنفس ومعدل ضربات القلب وضغط الدم واختلافهم عن حالة اليقظة فإن التنظيم الفسيولوجي بين اليقظة والنوم ضروري للحفاظ على صحة جيدة.

ويشير (Safwan Badr 2022) أن الغرض الأساسي من النوم يشمل:

- ١- تجديد أنسجة الجسم.
- ٢- إعادة تنظيم وتوازن طاقة الجسم.
- ٣- توحيد الذاكرة.
- ٤- إعادة بناء مسارات الميتابوليزم أو التمثيل الغذائي.
- ٥- معالجة البيانات والمعلومات التي تم الاستفادة بها خلال اليوم.
- ٦- تنظيم هرمونات الجسم وخاصة هرمونات الشخصية والنمو.
- ٧- زيادة كفاءة الجهاز المناعي.
- ٨- معالجة سموم الجسم والتخلص منها.

ويوضح (Marion Jarezok (2022) أن النوم الجيد يحسن أداء الدماغ ويعدل الحالة المزاجية الهامة للصحة العقلية ويرفع أداء جهاز المناعة وإصدار استجابات سلوكية دقيقة وزيادة مساحة الإبداع والقدرة على الانتباه والتذكر والأداء الأكاديمي المرتفع. ويرى (Roger Broughton (2022) أن هناك عدة أنواع من الباراسومنيا تعتمد في تصنيفها على الجزء الذي تحدث فيه أثناء دورة النوم والسلوك الذي يظهر خلالها والنوم الأكثر شيوعاً من الباراسومنيا هو الكوابيس الذي يصيب حوالي ٤٥% من الأطفال دون سن الثانية عشر أما النوع الأقل شيوعاً هو الأكل أثناء النوم لنفس المرحلة العمرية حيث تحدث في حوالي ٤% فقط من الأطفال.

أعراض الباراسومنيا:

- ١- نسيان ما حدث لاحقاً.
- ٢- ردود غير مناسبة للأشياء أو الأشخاص في الغرفة.
- ٣- نوبات من السلوك الغفير مرغوب فيه تبعاً لنوع الأرق.
- ٤- الشعور بالإرهاق والضيق رغم نوم عدد ساعات كافية.
- ٥- صعوبة الاستيقاظ والنوم النهاري (Regis lopez, 2022).

أنواع الباراسومنيا:

يتحدد نوع الباراسومنيا تبعاً للفعل أو السلوك الصادر من الفرد أثناء الخوض في اضطرا النوم وكذلك في وقت حدوث ذلك الاضطراب وموقعه في دورة النوم ومنها:

- المشي أثناء النوم.
- اضطراب النوم في مرحلة REM.
- الكوابيس.
- الذعر الليلي.
- الاستفزات المشوشة.
- تشنجات الساق الليلية.
- الأكل أثناء النوم.
- شلل النوم.
- متلازمة الرأس المتفجر.
- التبول اللاإرادي.
- صرير الأسنان (Albert, Kare, 2022).
- ١- المشي أثناء النوم:

ويشمل حركة الوقوف أو المشي أو حتى الجلوس أثناء النوم وعادة لا يتذكر الفرد قيامه بذلك في اليوم التالي وتكمن الخطورة فيها هو إمكانية تعرض الفرد لبعض الحوادث والإصابات التي قد تؤدي للوفاة أو الضرر الجسيم.

٢- التحدث خلال النوم:

يطلق عليه البعض النعاس المنوم والذي يحدث فيه الفرد أثناء النوم دون دراية أو وعي بذلك وقد يحدث ذلك بإصدار مخارج صوتية غير مترابطة أو من خلال كلمات متعددة منفصلة لا تكون جملة مفهومة وقد يتم من خلال محادثة كاملة.

٣- اضطراب النوم في مرحلة REM:

وعادة ما يشير ذلك الاضطراب إلى النشاط الواضح أثناء فترة حركة النوم السريعة REM ويمكن أن يشمل ذلك النشاط التحدث والضحك والصراخ والضرب أو حتى المشي وعادة ما يرتبط ذلك بالنشاط الحادث بالحلم الذي يمكن للفرد تذكره دون الشعور بالسلوك المصاحب أثناءه (Safwan, Jennifer, 2022).

٤- الكوابيس:

ويرتبط ذلك بتعرض الفرد لكوابيس متكررة وتتمثل في أحلام مزعجة تنطوي على مشاعر قوية من الغضب أو القلق والخوف ويمكن تذكر الحلم بوضوح.

٥- الذعر الليلي:

ويتميز الذعر الليلي عن التعرض للكوابيس بجلوس الفرد النائم في سريه والاستمرار في الصراخ وظهور ملامح الخوف بشدة واعتقاد الفرد بحدوث ما يراه

الفرد أثناء نومه أنه يحدث في الواقع فقد يحاول الاعتداء أو ضرب من وله في بعض الأحيان وعادة ما يحاول المصاب الانسحاب من الفراش والجري وهو ما يؤدي إلى الإصابات في أغلب الأحيان.

٦- الاستفزات المشوشة:

ويرى (Lourdes, Maria (2022 أنها حالة من الاستيقاظ الغير كامل التي تتسبب في حال من التشويش والارتباط للفرد ويشبهها البعض بالسكر النومي والتي تحدث عند انقطاع النوم في أي مرحلة من مراحل دورة النوم (Christine & Helene, 2022).

٧- تشنجات الساقين:

وتشمل تقلصات لا إرادية ومفاجئة لعضلات القدمين أو إحداهما أثناء النوم وقد يزيد من حدوثها الجفاف أو إجهاد العضلات أو الجلوس لفترات طويلة (Neepea, Dye, 2019).

٨- الأكل خلال النوم:

وهي نوع من المتلازمات المرتبطة بالنوم وتعد أحد أشكال السير أثناء النوم بحيث يقوم الفرد بتناول الطعام وهو نائم مما قد يؤدي للاختناق وإصابات في الجهاز التنفسي.

٩- شلل النوم:

تظهر أعراض شلل النوم في عدم قدرة الفرد على القيام بالحركات الإدارية أثناء فترة النوم أو خلال الاستيقاظ التي حينها يدرك الفرد بعدم قدرته على الحركة أو الحديث رغم إدراكه وقد يعاني الفرد خلال فترة الشلل ببعض أعراض الهلوسة ورؤية خيالات وأشباحاً من حوله وترتبط حالات شلل النوم بأعراض القلق الشديد.

١٠- متلازمة الرأس المنفجر:

وهي متلازمة غير ضارة نسبة كبيرة يشعر خلالها الفرد بصوت عالي يشبه الانفجار داخل رأسه أثناء فترات الاستيقاظ أو النوم ويعتقد فيها الفرد أنه مصاب في منطقة الرأس.

١١- التبول اللاإرادي:

ويقصد به سلس البول أثناء فترة النوم وفيها يقوم بالتبول في الفراش وهو يحدث كثيراً في الأطفال ويتحسن مع التقدم في العمر ولا يكون مرتبطاً بحالة طبية خاصة كالتهاب المسالك البولية.

١٢- صرير الأسنان:

ويقوم فيها الفرد بطحن أسنانه أو إصدار صوت اصطكاك أو صرير بشكل لا إرادي أثناء النوم وعادة ما يؤدي إلى الشعور بالصداع بعد الاستيقاظ أو تلف الأسنان ومفصل الفك وعادة ما يرتبط أيضاً بأعراض القلق (Neepa Gurban, 2014).

أسباب الباراسومنيا:

حددت دراسة (Zakharov and Poverennova 2022) بعض الأسباب

من خلال عدد من الحالات المختلفة منها:

- ١- اضطراب النوم الناتج عن حدوث الضوضاء.
- ٢- النوم مع عدم تفرغ المثانة ليلاً.
- ٣- اضطرابات ما بعد الصدمة.
- ٤- القلق والتوتر الشديد.
- ٥- الإصابة ببعض اضطرابات النوم الأخرى كالنوم القهري.
- ٦- الأدوية المهدئة والمنومة.
- ٧- الحرمان من النوم.
- ٨- عدم ملائمة بيئة النوم.
- ٩- الآلام المزمنة.
- ١٠- استخدام بعض العقاقير.

تشخيص وعلاج الباراسومنيا:

من الصعوبة تشخيص الباراسومنيا في الراشدين عنها في الأطفال حيث لا يتذكر الكثير منهم حدوثها إلا في حال وجود بعض الأشخاص المحيطين ولكن قد يلاحظ البعض تغيير أماكن الأشياء أو رؤية أماكن لإصابات لم تكن موجودة قبل

فترة النوم. ويوفر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSMS بعض المعايير التشخيصية للباراسومنيا من خلال تقييم عادات النوم الأفراد وتحديد تاريخ نومي مفصل من خلال أحد الأشخاص المصاحبين للفرد (DSM5, 2013).

وتشمل الشخصيات الحالية من خلال دراسة والتي ترى أن معرفة عادات النوم الخاصة للفرد والاحتفاظ بدفتر يوميات النوم خطوة هامة لتشخيص الباراسومنيا وبعض الحالات المتقدمة التي يصاحبها فقدان ذاكرة للحدث قد يحتاج الفرد إلى عمل دراسة نوم ليلية بملاحظة أنماط النوم وتحديد التغيرات الحادثة في حركة العين أثناء النوم وفي أي مرحلة تحدث أعراض الباراسومنيا.

ويشير (Zakharov, P{overenna, (2020 أن علاج الباراسومنيا يختلف باختلاف المرحلة العمرية وشدة الإصابة ففي الحالات البسيطة في الأطفال تختفي الباراسومنيا مع التقدم في العمر دون التسبب في أي صور إلا في حالات فقدان الطفل للنوم المريح والشعور بالإرهاق والنوم أثناء النشاط النهاري والأداء الأكاديمي والإصابات والعصبية الزائدة.

بينما ترى دراسة أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الشائع لحالات الباراسومنيا والذي يرتبط عادة بمشكلات الصحة العقلية كالتوتر والقلق ومن أفضل الطرق العلاج المعرفي السلوكي وخاصة تقنية الاسترخاء وتنظيم جداول النوم

[٣] التمر:

اهتمت كثير من البحوث النفسية بدراسة التمر كظاهرة اجتاحت جميع المجتمعات في الآونة الأخيرة وخاصة التمر المدرسي School bullying الذي يعد أحد أخطر المشكلات السلوكية التي تتسبب في العديد من الآثار السلبية على مختلف الجوانب الأكاديمية فيها والنفسية والاجتماعية والتي قد تدفع البعض من ضحايا التمر للتخلص من حياتهم (سحر حسين، ٢٠٢٠).

ويواجه الأطفال ذوي الإعاقة كثير من أشكال الروض والتهميش والتمييز من قبل المحيطين، ويرى محمد جويعد (٢٠١٩) أن هذه الفئة من الأطفال لديها شعور مستمر بالدونية نتيجة اختلافهم عن الآخرين ويزداد ذلك الشعور بتعرضهم للتمر، يتحول تدريجياً إلى شعور بالعجز النفسي والإحساس بالقهر والظلم لعدم المقدرة على الدفاع عن النفس.

ويضيف أحمد علي وعمر محمد (٢٠١٩) أن عدم قدرة هذه الفئة في التعبير عن ما يشعرون به من آلام وتعرضهم لتجربة مؤلمة أثناء التمر فإنهم يصابون بالكبت النفسي الذي يترتب عليه كثير من المشكلات أولها الانسحاب الاجتماعي وقلة التفاعل والتواصل مع الآخرين وتكوين نظرة سوداوية عن الحياة والمجتمع من حولهم وتنتهي بالكآبة النفسية والشعور بالانهزامية التي قد يكون لها بالغ الأثر فيما بعد.

وأظهرت دراسة فايز الصغيري (٢٠٢١) أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عرضة للتمر بمعدل أربعة أضعاف مقارنة بالأطفال الطبيعيين وأن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بين أكثر الفئات عرضة للتمر والعنف عن باقي الفئات.

ويشير أشرف شريت محفوظ عبدالستار (٢٠١٨) أن أي طفل من الممكن أن يكون عرضة للتمر وأن التمر يؤثر على الطفل العادي وذوي الإعاقة على حد سواء ويختلف تأثيره باختلاف الشخصية وشدة ومدة الفعل المسيء تجاه الطفل.

ووجدت دراسة ندا نصر (٢٠١٧) أن نسبة (٦٠%) من الأطفال ذوي الإعاقة عرضة للتمر باستمرار مقابل (٢٥%) من الأطفال العاديين في مدارسهم، حيث يتضمن سلوك التمر الإساءة اللفظية والإهانة والاعتداء والمسميات المسيئة.

ويوضح أشرف محمد و محفوظ عبد الستار (٢٠١٨) أن مفهوم دمج الأطفال ذوي الإعاقة والأطفال العاديين يعتمد في المقام الأول على اكتساب الخبرات من خلال تفاعل هذه الفئة وأقرانهم العاديين وزيادة مستوى التقبل الاجتماعي والوصل بين مجتمع فئة الإعاقة والعاديين في مناخ درالسي عادي وترسيخ القيم الإنسانية والاجتماعية.

إلا أن نظام الدمج في مجتمعنا لا يزال يواجه كثير من التحديات والعقبات في المدارس الادية حيث يواجه هؤلاء الأطفال كثير من مواقف العنف والتمر من أقرانهم من الأطفال العاديين في المدارس (هدى محمد، ٢٠١٧).

وأشارت يسرا محمد (٢٠١٩) أن التعرض للتمر يحمل على المدى البعيد آثار جسيمة على النوم والوظائف الخاصة بالنظام اليومي ويظهر أعراض تشمل الاكتئاب السريري وأمراض عقلية أخرى تنتج عن الضغط النفسي والتوتر.

ويضيف محمد سمير (٢٠١٧) أن غالبية من يتعرضون للتنمر يعانون من اضطراب الأكل والنوم واضطرابات القلق والتكيف والاكنتاب والتي تتطوي على كثير من الأعراض الجسدية المصاحبة.

مؤشرات تعرض الطفل للتنمر:

١- مؤشرات سلوكية:

قد تحدث بعض التغيرات المفاجئة في سلوك الطفل يمكن اعتبارها مؤشر أولي لتعرض الطفل للتنمر منها:

- عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة.
- تراجع اهتمامه بالأنشطة المدرسية أو واجب المدرسة.
- انسحاب الطفل بشكل متكرر من أنشطته المفضلة.
- تفضيل العزلة والابتعاد عن الأصدقاء وأي تجمعات.
- إهمال واجباته المدرسية وأغراضه.
- تجنب الحديث عن المدرسة وتدني مستواه الدراسي.
- الميل للسلوك العدواني تجاه الأشياء أو الأفراد.
- يتحدث عن الموت والانتحار (عبد الرحمن الصلحيم).

٢- مؤشرات نفسية:

وهي بعض الأعراض النفسية المصاحبة للتنمر وتشمل:

- زيادة الغضب والعصبية بشكل دائم.
- الشعور بالخوف والقلق.
- يعاني الطفل من تقلبات خاصة بالمزاج.
- ظهور معدلات ملحوظة من اضطرابات النوم والكوابيس.
- دائماً ما يشعر بالخجل وقيامه بالنقد الذاتي.
- محاولة الهروب من الواقع الذي يعيشه والانسواء وحيداً.
- ظهور علامات الخوف الشديد من أي تجمعات في ولو عائلية.
- يحاول إيذاء أو تشويه نفسه (ندى نصر الدين، ٢٠١٧).

٣- مؤشرات جسدية:

والتي تشمل فيما يلي:

- الشكوى من الصراع وآلام المعدة.
- فقدان أو زيادة الشهية وبالتالي زيادة أو نقصان في الوزن واضح.
- ظهور كدمات وجروح على الجسد أو إصابات مستمرة.
- يعاني من الدوار أو صعوبة التنفس (Shun & lung, 2019).

وتوضح منظمة اليونيسيف في تقريرها ٢٠١٨ أن التمر يحدث عندما يكون الكلام أو الفعل جارحاً ومقصوراً وأيضاً متكرراً ويتخطى حدود المضايقات البسيطة والمزاح سواء باستخدام الكلام أو القوة الجسدية لإلحاق الأذى بالآخرين والتحكم معهم، ولابد من توافر ثلاثة معايير أساسية تفرق التمر عن غيره من مجرد السلوك السيئ والممارسات السلبية وهي اختلال القوة والتعمد والتكرار (يونيسيف مصر، ٢٠١٨).

أنواع التمر:

وتقسم دراسة Huang and Kim (2018) التمر إلى فئتين هما التمر المباشر ويتمثل في بعض الأفعال كالضرب والدفع والطعن والعض والصفع وغيرها من الأفعال المؤذية والتمر الغير مباشر ويشمل التهديد بالعزل الاجتماعي ونشر الشائعات ورفض الاختلاط والنقد للون والعرق والدين والملبس وتهديد كل من يختلط به أو يدعمه.

وتوضح دراسة Hoelgins (2018) أن واحد من ثلاثة أطفال يتعرض للتمر يومياً بينما ٧٥% من حالات التمر توقفت بتدخل المحيطين وتصنف الدراسة ٦ أنواع من التمر هي:

- التمر الجسدي كالضرب والعرقلة والنفع وغيرها من الأفعال التي قد يكون لها آثار عديدة على المدى القصير أو البعيد.
- التمر اللفظي ويشمل الإهانة والترهيب والتلقيب والتهديد والتجريح والتعبير.
- التمر الاجتماعي والذي يهدف للنيل من الفرد اجتماعياً كالكذب والإحراج وتشجيع الآخرين على نبذ اجتماعياً التمر الجنسي بالقول أو الأفعال المهينة والمؤذية جنسياً كالحركات ذات المعنى الجنسي الغير لائق وصور إباحية.

- التتمر العرقي كالتتمر على اللون وجنس الفرد ودينه وعرقه وقد يشمل هذا النوع جميع الأنواع السابقة.
 - التتمر الإلكتروني على شبكات التواصل الاجتماعي والإنترنت سواء في القلق أو سرّاً كالصور والفيديوهات والرسائل.
- وتبين (Han anzhang 2017) أن هناك فروق واضحة فيما يخص التتمر بين الجنسين ضحايا التتمر حيث تزيد نسبة التعرض للتتمر في الذكور عن الإناث.
- كشفت دراسة (Shu, lung & lin 2019) التي تمت على (١٠٦١) طالب من بينهم ٤٣٩ طالباً من ذوي صعوبات التعلم وحوالي ٣٨٩ طالباً من ذوي الاحتياجات الخاصة وباقي العينة ٢٦١ من ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرض الحركة تتراوح أعمارهم بين (١١، ١٣) عاماً أن الذكور معرضين للتتمر مقارنة بالإناث بينما كانت أعلى نسب تعرض للنمر هي الأطفال الذواتيين بنسبة ٦٣% يليها ذوي الإعاقة العقلية.
- وهدفنا دراسة منى الدهان (٢٠١٧) لدراسة الفروق في التتمر تبعاً للعمر الزمني والنوع لدى الأطفال المعاقين عقلياً والمعاقين سمعياً والأطفال العاديين من خلال عينة قوامها (١٠٣) طفل أعمارهم الزمنية من ٩ إلى ١٥ عام وأُتت بنتيجة الدراسة أن الأطفال المعاقين عقلياً يأتون في أعلى معدلات التعرض للتتمر يليهم الأطفال المعاقين سمعياً ثم الأطفال العاديين والأقل عمراً أكثر عرضة للتتمر من الكبار.
- وترى دراسة (Fisher and Marin 2019) التي أجريت على ثمانية عشر طالباً أعمارهم من (١٠-١٣) عام من المعاقين عقلياً وذوي اضطراب طيف التوحد كان ينتجها أن التتمر اللفظي هو السائد عادة تجاه تلك الفئة.
- وأضافت دراسة (Nambiar & Jangan 2019) التي تمت على ٤٠ طالباً عمرهم الزمني يتراوح بين (١٠-١٣) عام من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة وتوصلت الدراسة أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين التعرض للتتمر وانخفاض تقدير الذات لدى الضحايا.
- وأشارت دراسة (Toseeb & Walke 2018) والتي تكونت عينة الدراسة بها من (٤٧٥) طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد و(٧٠٢) طفل من الأطفال

العائدين أعمارهم الزمنية تتراوح من (١١- ١٣) عاماً وتوصلت الدراسة أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أكثر عرضة للتمتم مقارنة بأقرانهم العائدين بل وكانوا أكثر قدرة على تحمل التتم من قبل أقرانهم.

أسباب التتم تجاه أطفال الدمج:

يرى (Toseeb, Wokle 2018) أن الطفل المتمتم عادة ما يمارس هذا السلوك لرغبته الكبيرة في السيطرة على من حوله والقيادة وشعوره كشخص قوي وصلب يحاول لفت انتباه الآخرين، وهناك أسباب عدة لظهور سلوك التتم تجاه الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة من أطفال الدمج منها:

١- الأسباب الأسرية:

تلعب الأسرة دوراً هاماً في زيادة انتشار ظاهرة التتم، فيرجع طريقة التربية الغير سليمة واستخدام العنف وأسلوب العقاب الصارم تجاه الأطفال. وتشير في الدهان (٢٠١٨) أن الإهمال والصراعات داخل الأسرة واستخدام العنف الأسري ونظام العقاب الشديد وأسلوب الضرب يصدر للمجتمع طفل عدواني ومتمتم.

وتوضح (Nambair, Jangan 2019) أن الاتجاهات الأسرية لنبت وعدم تقبل الاختلاف الذي يتميز به الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة له أثر بالغ في تكوين وتوجيه الطفل المتمتم نحو رفضه التعامل معهم بل والتتم عليه بالإضافة إلى استخدام الآباء العنف في معاملة الأبناء.

٢- الحياة المدرسية:

وتفسر سحر حسين (٢٠٢٠) أن دور المدرسة هام جداً في ظهور وزيادة سلوك التتم وانتشاره فغياب دور المدرسة في توجيه الطلاب لاحترام حقوق الطلاب الآخرين بل وإقدام المعلم ذاته يؤثر على تقويم أخلاق الطلاب بشكل إيجابي. وترى الباحثتان أن اهتمام المدرسة بالجانب الأكاديمي فقط وإهمال تنمية مهارات الطلاب والارتقاء بمستوى وعيهم الاجتماعي يساهم بشكل كبير في ظهور طلاب متمتمين يحاولون إيجاد وسيلة للتنفيس عن طاقاتهم وضغوطهم النفسية من خلال إلحاق الأذى والتتم بمن هم أضعف منهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

٣- الإعلام والتكنولوجيا:

وتشير أسماء نور الدين (٢٠٢٢) أن الإعلام دائماً ما يواجه رسائل خفية من خلال ما يقدمه من أفلام لتشجيع فكرة البقاء للأقوى وأن العنف هو وسيلة السيطرة على الآخرين ويتمصون شخصيته الأبطال ويبقونها على أقرانهم الضعفاء. وأن انتشار الألعاب الإلكترونية في السنوات الأخيرة أغلبها تدعم فكرة العنف وامتلاك القوة الخارقة وإدمان الأطفال لتلك الألعاب بغرس العنف داخلهم بشكل متزايد.

٤- الأسباب النفسية الاجتماعية:

وتفسير يسرا محمد (٢٠١٩) أن أغلب المتتمرين ينتمون على أسر متواضعة اقتصادياً وفكرياً في وضع اقتصادي صعب وكذلك وضع اجتماعي يتميز باتساع الفوارق الطبقة فيتكون شخصيات مضادة للمجتمع وأفراده.

وترى الباحثتان أن خطر التتمر تجاه أطفال الدمج يرجع للعديد من الأسباب هي قصور في مهاراتهم الاجتماعية وقدراتهم اللغوية والمعرفية وضعفهم الجسدي وقدرتهم على التحصيل وخاصة في وجودهم في بيئة غير متسامحة تجعلهم محل نقد من قبل الآخرين وهو ما يحدث بصورة كبيرة في مدارس الدمج، فمظهرهم المختلف يجعلهم أكثر عرضة للنقد والتتمر فهم يواجهون الكثير من التحديات داخل البيئة المدرسية فيصبحون أكثر عرضة للقلق والعزلة والانسحاب وانخفاض مفهوم الذات والشعور بالوحدة.

وقد لا يتمكن الطفل المدمج من ذوي الإعاقة من الدفاع عن نفسه أو حتى التعبير عما يحدث أو يحول داخله من مشاعر سلبية قد تظهر جلياً خلال فترات نومه في محاولة منه دون وعي لطرد المشاعر السلبية، فالنوم يمثل صندوق الأسرار الذي تختبئ بداخله المشاعر الواعية وغير الواعية فعندما يعجز الطفل عن مواجهة تلك المشاعر السلبية للتتمر وما يصاحبها من مشاعر بالدونية واحتكار الذات قد يبدأ بعض الأعراض البدنية في الظهور، وقد يعاني من صعوبات النوم والكوابيس.

فروض البحث:

- ١- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التعرض للتممر وظهور أعراض الباراسومنيا لدى أطفال الدمج.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أطفال الدمج (البنين - البنات) الذين يتعرضون للتممر على مقياس اضطراب الباراسومنيا لصالح الذكور.
- ٣- ينبؤ التمر بأعراض الباراسومنيا لدى أطفال الدمج.

الإجراءات المنهجية للبحث:

يتناول هذا الجزء عرضاً للإجراءات التي تم إتباعها من حيث منهج البحث المستخدم، ويلي ذلك عرضاً لعينة البحث متضمناً كيفية اختيارها، ثم عرض تفصيلي لأدوات التي تم استخدامها، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات:

أولاً: منهج البحث:

ويقصد بمنهج البحث الطريقة التي تسير عليها الباحثان في بحثهما، ويختلف هذا باختلاف موضوع وهدف البحث، وتتوقف عملية اختيار منهج البحث على طبيعته، وتحدد طبيعة البحث هنا باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي لما له من قدرة فائقة على التعمق في الظاهرة موضوع البحث، بالتعرف على مشكلة البحث وتحديد أهدافه، والقدرة على وصفها كما هي ثم يقوم بتفسيرها، كما يهتم بالظروف، والعلاقات التي توجد بين الوقائع وبعضها.

وتتضمن البحوث الوصفية الارتباطية جمع بيانات لتحديد ما إذا كانت توجد علاقة بين متغيرين كميين أو أكثر لتحديد العلاقات بينها أو لاستخدام هذه العلاقات في التنبؤ كما أن البحوث المقارنة والتي تسمى أحياناً بالبحوث البعدية والتي تحاول تحديد العلة أو السبب للفروق الموجودة بالفعل في سلوك حالة أو جماعة من الأفراد. (صلاح علام، ٢٠١٢، ٣٢٣-٣٥٥).

ومن ثم يعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي الارتباطي، حيث يحاول البحث الحالي بهدف التعرف على العلاقة بين التمر وأعراض اضطراب الباراسومنيا لدى أطفال الدمج. كما يهدف إلي معرفة إمكانية التنبؤ بأعراض اضطراب الباراسومنيا من خلال أبعاد التمر.

ثانياً: عينة البحث:

١. مجتمع البحث:

تمثل مجتمع البحث من مجموعة من الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة المدمجين بالمدارس العادية ممن تراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٠) سنوات

٢. عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى:

- ١- التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في البحث الحالي.
- ٢- التأكد من وضوح التعليمات الموجودة في الأدوات، ومدى ملائمة صياغة المفردات لمستوي الأطفال.
- ٣- العمل على حل التساؤلات التي قد تطرح نفسها أثناء الدراسة الاستطلاعية، وذلك بهدف التغلب عليها أثناء التطبيق على العينة الأساسية.

تمثلت العينة الاستطلاعية على عدد (٣٠) من الأطفال من ذوي الإعاقة المدمجين بالمدارس العادية وذلك لحساب الكفاءة السيكومترية لمقاييس (التمر- الباراسومنيا) ممن تراوحت أعمارهم (٨ - ١٠) عاماً، بمتوسط ٩.٢٠ بانحراف معياري ١.٦٨

- عينة البحث الأساسية:

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات الأساسية قامتا الباحثتان بتحديد عينة الدراسة الأساسية. تمثلت عينة الدراسة الأساسية في عدد (٤٠) طفلاً من الأطفال المدمجين بالمدارس العادية ممن تراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٠) سنوات بمتوسط ٩.٣٤ وانحراف معياري ١.٢٧.

أدوات البحث:

١- مقياس ضحايا التمر للأطفال: (إعداد الباحثتان):

حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس:

(١) صدق المقياس: قامتا الباحثتان بحساب الصدق عن طريق:

(أ) الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل

المقياس للميدان الذي يقيسه.

أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة الطبقيّة العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامت الباحثتان ببناء مقياس التتمر ووضعت مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون.

ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك لتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه.

تم عرض المقياس في صورته الأولى على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية التتمر وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطُلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- ١- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه.
- ٢- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
- ٣- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
- ٤- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- ٥- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها للمقياس.
- ٦- إبداء ما يقترحوه من ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.
- ٧- تغطية وشمول المقياس لقياس كل الأبعاد اللازمة.
- ٨- وضوح التعليمات الخاصة بالاختبار.

وقد تم اجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون لمفردات المقياس وذلك بعد أن تم حساب نسب اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، واستخدام معادلة "لاوشي" لحساب نسبة صدق المحتوى لكل مفردة من مفردات المقياس، وبناءً على معادلة لاوشي تعتبر المفردات التي تساوي أو تقل عن (٠.٦٢) غير مقبولة.

ويوضح الجدول التالي نسب اتفاق السادة المحكمين ومعامل صدق لاوشي على كل مفردة من مفردات مقياس التتمر كالتالي:

جدول (١) النسب المئوية للتحكيم على مقياس التمر (ن=١١)

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
١	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	١١	١	%١٠٠	تقبل	٢١	١	%١٠٠	تقبل
٢	١	%١٠٠	تقبل	١٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٢٢	١	%١٠٠	تقبل
٣	١	%١٠٠	تقبل	١٣	١	%١٠٠	تقبل	٢٣	١	%١٠٠	تقبل
٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	١٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٢٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
٥	١	%١٠٠	تقبل	١٥	١	%١٠٠	تقبل	٢٥	١	%١٠٠	تقبل
٦	١	%١٠٠	تقبل	١٦	١	%١٠٠	تقبل	٢٦	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
٧	١	%١٠٠	تقبل	١٧	١	%١٠٠	تقبل	٢٧	١	%١٠٠	تقبل
٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل	١٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل	٢٨	١	%١٠٠	تقبل
٩	١	%١٠٠	تقبل	١٩	١	%١٠٠	تقبل	٢٩	١	%١٠٠	تقبل
١٠	١	%١٠٠	تقبل	٢٠	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٣٠	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل

وبناءً على الجدول السابق تم تعديل العبارات التي بلغت نسبتها (٠.٦) حسب معادلة لاوشي بنسبة اتفاق بلغت ٨٠% ومن ثم أصبحت الصورة النهائية للمقياس (٣٠) عبارة.

(ب) صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

قامتا الباحثان بحساب صدق الاتساق الداخلي لبنود وأبعاد المقياس وذلك على النحو التالي:

(١) الاتساق الداخلي للعبارات:

قامتا الباحثان بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، كما هو مبين في الجدول (٢).

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لكل بعد (ن=٣٠)

التمر الاجتماعي		التمر اللفظي		التمر الجسدي	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠.٦٤٥	١	**٠.٦١٤	١	**٠.٥٦٤	١
**٠.٤٢٤	٢	**٠.٥٢٢	٢	**٠.٦٢١	٢
**٠.٤٨٥	٣	**٠.٥١٤	٣	**٠.٦٣٧	٣
**٠.٤٧٨	٤	**٠.٦٢٤	٤	**٠.٥١٢	٤
**٠.٥٦٣	٥	**٠.٥٨٧	٥	**٠.٦٢١	٥
**٠.٦٣٥	٦	**٠.٦٣١	٦	**٠.٥٧٨	٦
**٠.٥١٢	٧	**٠.٧٤٥	٧	**٠.٧٩٧	٧
**٠.٤٧٨	٨	**٠.٦٤٠	٨	**٠.٥٨٧	٨
**٠.٥٣٣	٩			**٠.٦٦١	٩
**٠.٥٤٣	١٠			**٠.٧٤٥	١٠
				**٠.٦٤١	١١
				**٠.٥٢٧	١٢

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠.٠٠١ ن=٣٠ \geq ٠.٤٤٩ وعند مستوى ٠.٠٥ \geq ٠.٣٤٩.

يتضح من جدول (٣) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية لكل بُعد دالة إحصائياً وهو ما يؤكد على الاتساق الداخلي للعبارات.

(٢) الاتساق الداخلي للأبعاد:

وذلك عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد الأربع للمقياس، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد الثلاثة بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في جدول (٣).

جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لكل بعد

(ن=١٥٠)

الأبعاد	التممر الجسدي	التممر اللفظي	التممر الاجتماعي
التممر الجسدي	-	-	-
التممر اللفظي	**٠.٦٣٩	-	-
التممر الاجتماعي	**٠.٧٤١	**٠.٤٩٨	-
الدرجة الكلية	**٠.٧٧٥	**٠.٦٣٨	**٠.٦٣٥

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠.٠٠١ ن=٣٠ \geq ٠.٤٤٩ وعند مستوى ٠.٠٥ \geq ٠.٣٤٩

يتضح من جدول (٣) أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها البعض وارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية دال إحصائياً وهو ما يؤكد الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس التمر.

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية بعد التصحيح، والنتائج كما هي مبينة في جدول (٤).

جدول (٤) معامل ثبات مقياس التمر بطريقة ألفا كرونباخ

وطريقة التجزئة النصفية

أبعاد المقياس	معامل ألفا	طريقة التجزئة النصفية
التممر الجسدي	٠.٧٦٩	٠.٧٢٩
التممر اللفظي	٠.٧٥٨	٠.٧٤٣
التممر الاجتماعي	٠.٧٣٩	٠.٧٣٩
المجموع الكلي للعبارات	٠.٨٧٢	٠.٧٦٢

يتضح من الجدول السابق (٤) ارتفاع معامل ثبات ألفا كرونباخ وكذا ثبات

التجزئة النصفية لمقياس التمر مما يشير إلى الثقة لاستخدامه.

رابعاً: تحديد تعليمات المقياس، وزمن الإجابة، وطريقة التصحيح، وتفسير الدرجات:

- ١- تعليمات المقياس: يعتمد مقياس التمر على التطبيق الجماعي لكل فرد من أفراد العينة، وتوضح الباحثان للمفحوص المطلوب منه في كل عبارة، ثم يقوم بتسجيل أداء المفحوص في المقياس لكل بند على حدة من خلال وضع علامة (صح) أمام كل عبارة في الاختيار المناسب لها بين ثلاثة اختيارات متدرجة، باعتبار أن الدرجات (٣- ٢- ١) تعبر عن الاختيارات السابقة على التوالي.
- ٢- طريقة التصحيح: تقدر الدرجة على مقياس التمر وفقاً لميزان التصحيح الثلاثي وفقاً للجدول التالي (٥).

جدول (٥) طريقة التصحيح الخاصة بمقياس التمر

مقياس التمر			الأبعاد الرئيسية للمقياس
الدرجة العظمى	الدرجة الصغرى	عدد العبارات	
٣٦	١٢	١٢	التمر الجسدي
٢٤	٨	٨	التمر اللفظي
٣٠	١٠	١٠	التمر الاجتماعي
٩٠	٣٠	٣٠	الدرجة الكلية

- ٣- تفسير درجات المقياس: تفسر درجات مقياس التمر كما يلي: حيث تعتبر الدرجة المنخفضة من (١ إلى ٣٠)، وتعني انخفاض في مستوى التمر بدرجة كبيرة، والدرجة المتوسطة من (٣١ إلى ٦٠)، وتعني أن مستوى التمر بدرجة متوسطة، بينما تعتبر الدرجة المرتفعة من (٦١ - ٩٠)؛ وهي تعبر عن ارتفاع التمر.
- ٢- مقياس اضطراب الباراسومنيا (خلل النوم) للأطفال: (إعداد الباحثان):

حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس:

(١) صدق المقياس:

قامتا الباحثان بحساب الصدق عن طريق:

(أ) الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه، أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة التطبيقية العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامتا الباحثان ببناء مقياس الباراسومنيا ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج

تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك لتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه، تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية الباراسومنيا وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وقد تم اجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون لمفردات المقياس وذلك بعد أن تم حساب نسب اتفاق السادة المحكمين على كل مفردة من مفردات المقياس، واستخدام معادلة "لاوشي" لحساب نسبة صدق المحتوى لكل مفردة من مفردات المقياس، وبناءً على معادلة لاوشي تعتبر المفردات التي تساوي أو تقل عن (٠.٦٢) غير مقبولة. ويوضح الجدول التالي نسب اتفاق السادة المحكمين ومعامل صدق لاوشي على كل مفردة من مفردات مقياس الباراسومنيا كالتالي:

جدول (٦) النسب المئوية للتحكيم على مقياس الباراسومنيا

(ن=١١)

م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار	م	معامل لاوشي	نسبة الاتفاق	القرار
١	١	%١٠٠	تقبل	٤١	١	%١٠٠	تقبل	٢١	١	%١٠٠	تقبل
٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٤٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٢٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
٣	١	%١٠٠	تقبل	٤٣	١	%١٠٠	تقبل	٢٣	١	%١٠٠	تقبل
٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٤٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٢٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
٥	١	%١٠٠	تقبل	٤٥	١	%١٠٠	تقبل	٢٥	١	%١٠٠	تقبل
٦	١	%١٠٠	تقبل	٤٦	١	%١٠٠	تقبل	٢٦	١	%١٠٠	تقبل
٧	١	%١٠٠	تقبل	٤٧	١	%١٠٠	تقبل	٢٧	١	%١٠٠	تقبل
٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل	٤٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل	٢٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل
٩	١	%١٠٠	تقبل	٤٩	١	%١٠٠	تقبل	٢٩	١	%١٠٠	تقبل
١٠	١	%١٠٠	تقبل	٥٠	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٣٠	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
١١	١	%١٠٠	تقبل	٥١	١	%١٠٠	تقبل	٣١	١	%١٠٠	تقبل
١٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٥٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٣٢	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
١٣	١	%١٠٠	تقبل	٥٣	١	%١٠٠	تقبل	٣٣	١	%١٠٠	تقبل
١٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٥٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٣٤	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل
١٥	١	%١٠٠	تقبل	٥٥	١	%١٠٠	تقبل	٣٥	١	%١٠٠	تقبل
١٦	١	%١٠٠	تقبل	٥٦	١	%١٠٠	تقبل	٣٦	١	%١٠٠	تقبل
١٧	١	%١٠٠	تقبل	٥٧	١	%١٠٠	تقبل	٣٧	١	%١٠٠	تقبل
١٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل	٥٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل	٣٨	٠.٦٣٦	%٨١.٨	تقبل
١٩	١	%١٠٠	تقبل	٥٩	١	%١٠٠	تقبل	٣٩	١	%١٠٠	تقبل
٢٠	١	%١٠٠	تقبل	٦٠	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل	٤٠	٠.٨١٨	%٩٠.٩	تقبل

وبناءً على الجدول السابق تم تعديل العبارات التي بلغت نسبتها (٠.٦)

حسب معادلة لاوشي بنسبة اتفاق بلغت ٨٠% ومن ثم أصبحت الصورة النهائية للمقياس (٦٠) عبارة.

(ج) صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

قامت الباحثتان بحساب صدق الاتساق الداخلي لبنود وأبعاد المقياس وذلك

على النحو التالي:

(١) الاتساق الداخلي للعبارات:

قامتا الباحثتان بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة

الكلية للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، كما هو مبين في الجدول (٧).

جدول (٧) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية

لكل بعد (ن=٣٠)

الحالة الجسدية		عادات النوم		خلال النوم	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	**٠.٥٣٧	١	**٠.٦٢٤	٢٠	**٠.٤٣١
٢	**٠.٥٤٨	٢	**٠.٧٢٤	٢١	**٠.٥٢١
٣	**٠.٦٢١	٣	**٠.٦٥٤	٢٢	**٠.٦٠٣
٤	**٠.٦٥٧	٤	**٠.٧٤٥	٢٣	**٠.٥٢٧
٥	**٠.٤٣٦	٥	**٠.٤٥٨	٢٤	**٠.٤٨٧
٦	**٠.٧٥٢	٦	**٠.٦٨٧	٢٥	**٠.٥٢٨
٧	**٠.٥١٧	٧	**٠.٥٢٨	٢٦	**٠.٦٥٨
٨	**٠.٦٢٧	٨	**٠.٦٥٨	٢٧	**٠.٤٥٨
٩	**٠.٤٣٣	٩	**٠.٦٢٤	٢٨	**٠.٦٣٨
١٠	**٠.٧٤١	١٠	**٠.٧٢٤	٢٩	**٠.٦٣٩
١١	**٠.٥٣٠	١١	**٠.٦٥٤	٣٠	**٠.٤٣٨
١٢	**٠.٦٣٩	١٢	**٠.٧٤٥		
١٣	**٠.٤٣٧				
١٤	**٠.٦٥٢				
١٥	**٠.٥٦١				
١٦	**٠.٦٤٧				
١٧	**٠.٤٠٧				
١٨	**٠.٧١١				
١٩	**٠.٥٤٧				

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠.٠١ ن=٣٠ \geq ٠,٤٤٩ وعند مستوى ٠.٠٥ \geq ٠,٣٤٩.

يتضح من جدول (٧) أن جميع معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية

لكل بُعد دالة إحصائياً وهو ما يؤكد على الاتساق الداخلي للعبارات.

(٢) الاتساق الداخلي للأبعاد:

وذلك عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للأبعاد الثلاثة للمقياس، كما تم حساب ارتباطات الأبعاد الأربع بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في جدول (٧).

جدول (٨) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لكل بعد (ن=٣٠)

الأبعاد	الحالة الجسدية	عادات النوم	خلال النوم
الحالة الجسدية	-	-	-
عادات النوم	**٠.٥٨٧	-	-
خلال النوم	**٠.٦٥٦	**٠.٥٧٩	-
الدرجة الكلية	**٠.٦٨٨	**٠.٦٩٥	**٠.٧٨٤

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠.٠٠١ \geq ٣٠ \geq ٠.٤٤٩ وعند مستوى ٠.٠٠٥ \geq ٠.٣٤٩. يتضح من جدول (٨) أن جميع معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها البعض وارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية دال إحصائياً وهو ما يؤكد الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الباراسومنيا.

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، حيث قامتا الباحثتان بحساب ثبات ألفا كرونباخ والنتائج كما هي مبينة في جدول (٩).

جدول (٩) معامل ثبات مقياس الباراسومنيا بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

أبعاد المقياس	معامل ألفا	طريقة التجزئة النصفية
الحالة الجسدية	٠.٧٥٤	٠.٧٤٥
عادات النوم	٠.٧٥٢	٠.٧٦٣
خلال النوم	٠.٧٤٢	٠.٧٥٨
المجموع الكلي للعبارة	٠.٨٤٥	٠.٧٦٩

يتضح من الجدول السابق (٤) ارتفاع معامل ثبات ألفا كرونباخ على مقياس الباراسومنيا مما يشير إلى الثقة لاستخدامه.

رابعاً: تحديد تعليمات المقياس، وزمن الإجابة، وطريقة التصحيح، وتفسير الدرجات: تعليمات المقياس: يعتمد مقياس الباراسومنيا على التطبيق الجماعي، وتوضح الباحثتان للمفحوص المطلوب منه في كل عبارة، ثم يقوم بتسجيل أداء المفحوص في

المقياس لكل بند على حدة من خلال وضع علامة (صح) أمام كل عبارة في الاختيار المناسب لها بين ثلاثة اختيارات متدرجة، باعتبار أن الدرجات (٣ - ٢ - ١) تعبر عن الاختيارات السابقة على التوالي.

طريقة التصحيح:

تقدر الدرجة على مقياس الباراسومنيا وفقاً لميزان التصحيح الثلاثي وفقاً للجدول التالي (١٠).

جدول (١٠) طريقة التصحيح الخاصة بمقياس الباراسومنيا

مقياس الباراسومنيا			الأبعاد الرئيسية للمقياس
الدرجة العظمى	الدرجة الصغرى	عدد العبارات	
٥٧	١٩	١٩	الحالة الجسدية
٣٦	١٢	١٢	عادات النوم
٩٣	٣١	٣١	خلال النوم
١٨٠	٦٠	٦٠	الدرجة الكلية

تفسير درجات المقياس:

تفسر درجات مقياس الباراسومنيا كما يلي: حيث تعتبر الدرجة المنخفضة من (١ إلى ٦٠)، وتعني انخفاض في مستوى الباراسومنيا بدرجة كبيرة، والدرجة المتوسطة من (٦١ إلى ١٢٠)، وتعني أن مستوى الباراسومنيا بدرجة متوسطة، بينما تعتبر الدرجة المرتفعة من (١٢١ - ١٨٠)؛ وهي تعبر عن ارتفاع مستوى الباراسومنيا.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

- معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق الفروض الثلاثة في العلاقة بين التمر والباراسومنيا.
- تحليل الانحدار المتعدد.
- معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات أدوات الدراسة.
- معامل ثبات التجزئة النصفية.
- الاتساق الداخلي (معامل الارتباط).

نتائج البحث ومناقشتها:

تتناول الباحثان نتائج فروض البحث ومناقشتها في ضوء الإطار النظري للبحث والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث، ثم تقدم الباحثان بعض التوصيات التي تهم المتخصصين والمربين.

أولاً: عرض نتائج البحث ومناقشتها

عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول علي أنه "توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين أبعاد مقياس التمر والدرجة الكلية وأبعاد مقياس الباراسومنيا". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين المتغيرين. ويعرض جدول (١١) قيمة معاملات الارتباط ودلالاتها ويمكن عرض نتائج الفرض علي النحو التالي:

جدول (١١) قيمة معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التمر

وأبعاد مقياس الباراسومنيا والدرجة الكلية

الدرجة الكلية	خلال النوم	عادات النوم	الحالة الجسدية	
**٠.٨١٩	**٠.٧٤٢	**٠.٨١٨	**٠.٧٩٤	التمر الجسدي
**٠.٨٢٢	**٠.٧٢٩	**٠.٨٣٣	**٠.٨٢١	التمر اللفظي
**٠.٨٤٠	**٠.٧٨٨	**٠.٨٥٦	**٠.٧٤٥	التمر الاجتماعي
**٠.٨٧٥	**٠.٧٩٨	**٠.٨٧٩	**٠.٨٣١	التمر

معامل الارتباط دال عند مستوى ٠.٠٠١ ن=٤٠ \geq ٠,٣٩٣ وعند مستوى ٠.٠٥ \geq ٠,٣٠٤

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مقياس التمر واضطرابات الباراسومنيا بأبعادها وهو ما يشير إلي انه كلما ارتفعت درجة التعرض للتمر كلما ارتفعت درجة اضطرابات الباراسومنيا.

مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

أشارت نتائج الفرض الأول إلى إنه: توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال الدمج في مقياس التتمر وبين درجاتهم على مقياس اضطرابات الباراسومنيا بأبعادها، وهذا يدل على إنه يرتبط التتمر باضطراب الباراسومنيا لدى أطفال الدمج ارتباطاً وثيقاً حيث أن الباراسومنيا هو مجموعة من اضطرابات النوم التي تصاحبها حركات جسدية غير مقصورة أو أداءات سلوكية تحدث في أي مرحلة من مراحل النوم. وهذا ما أشارت إليه دراسة Mehedi & (Yaqoot, 2022) إلى أن التتمر على الأطفال يؤدي زيادة التوتر والجهد النفسي وهو السبب الرئيسي لإطلاق الاضطرابات والأمراض النفسية وعادة ما يتأثر النوم بتلك التوترات والاضطرابات فيعاني كثير من الأطفال من نوبات متكررة من زيادة النوم أو اليقظة، كما أسفرت نتائج الدراسة أن الأطفال ضحايا التتمر عادة ما يعانون من اضطرابات الأكل والنوم واضطرابات الاكتئاب والتكيف وبعض الاضطرابات النفس جسمية.

كما اتفقت نتائج دراسة (Sanna, Tiin, 2019) مع نتائج هذا الفرض حيث أشارت إلى أن الأطفال المعرضين للتتمر من قبل أقرانهم يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية تؤثر على نومهم مسببة القلق الدائم فالتجارب السلبية التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال على يد أقرانهم والمضايقات والتهديدات اللفظية والعنف الجسدي تقلل من احترامهم لذواتهم وتجعلهم أكثر عرضة للشعور بالوحدة والإصابة بالاكتئاب والقلق.

بينما هدفت دراسة (Dieter & Suzer 2014) الكشف عن العلاقة بين التعرض للتتمر وبين الإصابة باضطرابات النوم لدى الفتيات، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الفتيات المعرضات للتتمر أكثر عرضة للإصابة باضطرابات النوم عن البنين والشعور بالتعب الجسدي وفقدان الشهية نتيجة إفراز هرمون الكورتيزول الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتوتر وتظهر لديهم أعراض الباراسومنيا.

كما أشارت دراسة كلاً من (حمزة عايد، ٢٠١٦)، (Marian Dehghani, 2019) الأطفال في فصول الدمج أكثر عرضه لحالات التتمر بسبب الإعاقة مما يتسبب في الإصابة باضطرابات النوم، كما أوصت الدراسة بأهمية احتياج أطفال

الدمج لقسط طبيعي من النوم الذي يساعد في تجديد نشاطهم الجسدي والعقلي ويحفظ توازنهم الداخلي وعند حدوث حالة من حالات الحرمان من النوم فإنه من يؤثر بالسلب على المزاج العام والتركيز ومع استمرار حالة العجز عندا لنوم لفترة طويلة فإن ذلك يؤدي إلى كثير من الاضطراب النفسية كنوبات الغضب والاكتئاب والهلاوس وتدهور حالة الوعي.

كما اتفقت نتائج الفرض الأول أيضاً مع نتائج دراسة (Joel Erikson, 2019), أن تعرض الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول الدمج يتعرضون للتمتر بشكل دائم مما يسبب لهم الذعر الليلي والذي يعد أحد أركان الإصابة بالباراسومنيا الشائعة، وزيادة نوبات من الخوف الزائد والشديد الذي يبدأ بمرحلة الصراخ المفاجئ الذي يتسم بعلو مستوى الصوت مع زيادة في نشاط الجهاز العصبي الإداري، وتضيف أن الأطفال ما قبل سن المراهقة هم الأكثر شيوعاً لحالات الذعر الليلي وان هناك العديد من الدراسات التي تظهر وجود علاقة مباشرة بين مستوى القلق وظهور أعراض الباراسومنيا وبخاصة حالات الذعر الليلي والاستيقاظ المفاجئ المصاحب بصراخ. كما أشارت دراسة Ingelika (Schlarb, 2018) أن الباراسومنيا والتي تظهر في سلوك الحديث أو التكلم أثناء النوم هي الأكثر شيوعاً وتمثل حوالي ٥٠% بين الأطفال في فصول الدمج من عمر ٨ سنوات إلى ١٣ سنة والتي عادة ما يصاحبها السير أثناء النوم أو الذعر الليلي والذي يدعم وجود مسببات مشتركة بينهما. بينما أشارت نتائج دراسة (Said Alkaabi, 2018) إلى أن تعرض الأطفال للتمتر من قبل أقرانهم، قد يصاحب الإصابة بأعراض الباراسومنيا والتي ظهر على شكل الاضطرابات الحركية في أجزاء من الجسم بطريقة مفاجئة للطفل والتي تختلف تماماً عن متلازمة تملل الساقين التي يكون السبب الرئيسي فيها الاضطرابات الحس حركية والرغبة الملحة في تحريك الساقين، كما أوضحت أن الباراسومنيا أكثر شيوعاً في الأطفال عن البالغين وهو يصيب ٣٠% من الأطفال في أي مرحلة من مراحل الطفولة على الرغم من أنه يمكن أن يصيب الفرد في أي عمر.

كما هدفت دراسة (Balayan, & Verma, 2018) التعرف على أثر كل من العدوان، والغضب، والاكتئاب في سلوك التتمتر، وعلاقته باضطرابات النوم للطفل

ضحية التمر، لدى عينة بلغت (٢٢٥) طفلاً، وأشارت النتائج إلى أن هناك علاقة بين اضطرابات النوم والتي يتمثلان في النوم المتقطع، والمشي أثناء النوم بالعوانية التي يتعرض لها الطفل ضحية التمر، وكان لهما اثر في التمر اللفظي وفي التمر الاجتماعي، ولم تظهر فروق في التمر وأبعاده تعزى للمستوى الاقتصادي كما تبين وجود فروق في درجات السلوك الاجتماعي لصالح المتتمرين.

وفي دراسة (جرادات، ٢٠١٨) والتي هدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار سلوك التمر بين الأطفال وعلاقته باضطرابات النوم والعوامل المرتبطة به لدى عينة بلغت (٦٥٦) طفلاً وطفلة بمدينة إربد بالأردن، حيث أشارت النتائج إلى أن (٢٠%) من الأطفال صنّفوا على أنهم متتمرون، وأن الذكور قاموا بالتمر على الأقران بصورة أكبر من الإناث، كما تبين أن تقدير الذات لدى الأطفال المتتمرين أعلى من الضحايا، وأن العلاقات الأسرية التي تسود لديهم أسوء من تلك التي تسود لدى أسر الأطفال غير المتتمرين، وأسفرت النتائج عن أن هناك علاقة ارتباطية بين التعرض للتمر وظهور اضطرابات النوم. ودراسة (Borualogo, & Casas, 2019) التي هدفت التعرف على العلاقة بين اضطرابات أنماط النوم وسلوك التمر، ومستوى الاستفزاز، والمشكلات السلوكية، لدى عينة بلغت (٢٤٢) طفلاً، وأشارت النتائج إلى أن المتتمرين كانوا الأعلى في استخدام التمر المباشر، وغير المباشر.

عرض نتائج الفرض الثاني:

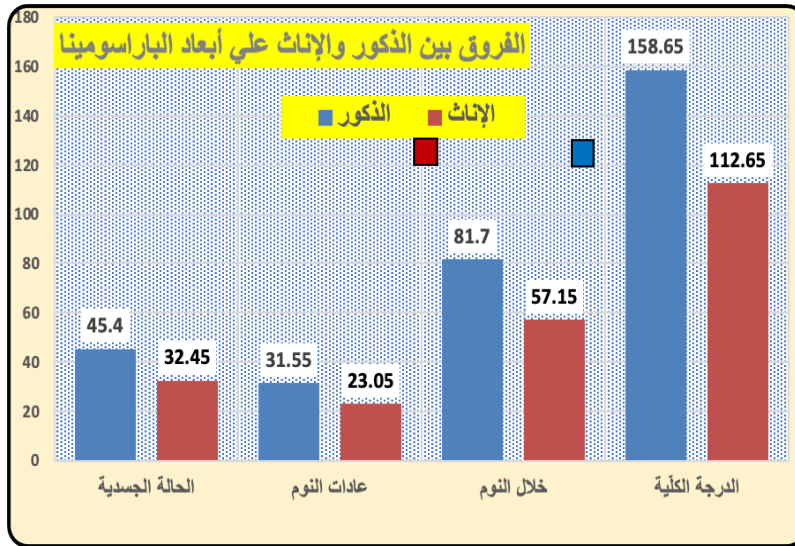
وينص الفرض الثاني على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين (الذكور - الإناث) على مقياس الباراسومنيا لصالح الإناث " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثتان باستخدام اختبار (مان ويتي) للفروق بين مجموعتين مستقلتين Mann-Whitney Test بدلاً لا معلمياً عن اختبار Independent T- test للفروق بين مجموعتين مستقلتين؛ وذلك نظراً لانخفاض حجم العينة، لما يتعدى معه اعتدالية التوزيع، وهو شرط أساسي لاستخدام اختبار (ت) والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي لهذا الفرض:

جدول (١٢) نتائج تطبيق اختبار "مان- وتي" بين متوسطي رتب درجات مجموعة الذكور والإناث علي مقياس الباراسومنيا

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوي الدلالة
الحالة الجسدية	الإناث	٢٠	٤٥.٤٠	٦.٥٣	٢٩.٥٨	٥٩١.٠٠	٠.٠٠٠	٤.٩١٤	٠.٠٠١
	الذكور	٢٠	٣٢.٤٥	٣.٨٣	١١.٤٥	٢٢٩.٠٠			
عادات النوم	الإناث	٢٠	٣١.٥٥	٣.٢١	٢٩.٥٥	٥٩١.٠٠	٠.٠٠٠	٤.٩٠٨	٠.٠٠١
	الذكور	٢٠	٢٣.٠٥	٤.٢٨	١١.٤٥	٢٢٨.٥٠			
خلال النوم	الإناث	٢٠	٨١.٧٠	١٠.٠٩	٢٩.٢٠	٥٨٤.٠٠	٠.٠٠٠	٤.٧١٠	٠.٠٠١
	الذكور	٢٠	٥٧.١٥	١٤.٤٨	١١.٨٠	٢٣٦.٠٠			
الدرجة الكلية	الإناث	٢٠	١٥٨.٦٥	١٦.٨٠	٢٩.٧٨	٥٩٥.٥٠	٠.٠٠٠	٥.٠١٩	٠.٠٠١
	الذكور	٢٠	١١٢.٦٥	٢٠.٣٥	١١.٢٣	٢٢٤.٥٠			

وفي ضوء نتائج الجدول السابق يتضح أن كلّ قيم "Z" المحسوبة من خلال تطبيق اختبار "مان- وتي" دالة إحصائياً؛ مما يدل على وجود فرق حقيقي بين متوسطي رتب درجات الأطفال الذكور والإناث علي مقياس خلل النوم، ومن ثمّ كما يتضح من الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية لدرجات المجموعتين الذكور والإناث لصالح (الإناث) وذلك في كافة أبعاد المقياس كلّ على حدة وفي المقياس ككل.



نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على " تتبئ أبعاد التتمر (التتمر الجسدي، التتمر اللفظي، التتمر الاجتماعي) بالباراسوميا لدي أطفال الدمج. وللتحقق من صحة ذلك الفرض ولمعرفة أقوى أبعاد التتمر تأثيراً علي الباراسوميا تم استخدام معادلة الانحدار المتعدد بطريقة Enter على اعتبار أن أبعاد التتمر كمتغيرات مستقلة، والباراسوميا متغير تابع. وقد قامت الباحثتان أولاً بالاطمئنان على تحقق الافتراضات الأساسية لاستخدام تحليل الانحدار المتعدد وهي اعتدالية البيانات وكفاية حجم العينة والذي يشترط أن يكون حجم العينة مساوياً على الأقل لأربعة أضعاف عدد المتغيرات المستقلة وتجانس أو ثبات تباين البواقي كما كانت قيمة اختبار دورين واتسون Durbin Watson Test أقل من القيمة الجدولية للاختبار عندما تكون العينة ٤٠ وعدد المتغيرات المستقلة ٣ باستخدام اختبار تقدير دالة الانحدار وجد أن أنسب نموذج للعلاقة بين أبعاد التتمر والباراسوميا هو النموذج الخطي وبلغت قيمة R^2 (٠.٧٩) وهي قيمة مرتفعة وتعنى إمكانية تفسير التغير في الباراسوميا بدرجة ٧٩% مما يعنى قدرة النموذج على تفسير العلاقة بنفس الدرجة، وبلغت قيمة F (٤٥.٥٨٣) وهي قيمة دالة عند مستوي معنوية (٠.٠١) وبلغت قيمة الثابت ٦.٨٤١. وذلك كما يتضح في الجدول

جدول (١٣) نتائج تحليل التباين لمعادلة انحدار أبعاد التتمر المنبئة الباراسوميا باستخدام معادلة

الانحدار المتعدد $n=40$

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدالة
اللغة	الانحدار	٢٧٢٣٠.٤٧٨	٣	٩٠٧٦.٨٢٦	٤٥.٥٨٣	٠.٠٠١
التعبيرية	البواقي	٧١٦٨.٦٢٢	٣٦	١٩٩.١٢٨		
ككل	الكلي	٣٤٣٩٩.١٠٠	٣٩			

المتغير التابع: الباراسوميا.

المتغيرات المنبئة: التتمر الجسدي، التتمر اللفظي، التتمر الاجتماعي.

وأظهرت النتائج أن قيمة ف = ٤٥.٥٨٣ وهي دالة احصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير الى أن نموذج الانحدار دال احصائياً عند مستوى ٠.٠١ وذلك عند درجات حرية (٣٩)

جدول (١٤) أبعاد التمر المنبئة الباراسومنيا باستخدام معادلة الانحدار المتعدد ن=٤٠

المتغير التابع	المتغيرات المفردة	الارتباط المتعدد R	نسبة المساهمة R2	نسبة المساهمة المعدلة adjusted R2	الخطأ المعياري	قيمة الانحدار B	قيمة الانحدار المتعدد Beta	قيمة ت	الدلالة
الباراسومنيا	التمر الجسدي	٠.٨٩٠	٠.٧٩٢	٠.٧٧٤	١٤.١١	١.٧٦٢	٠.٢٩٦	٢.١٤٢	٠.٠٥
	التمر اللفظي					٢.٢١٤	٠.٣١٧	١.٣١٦	٠.٠٥
	التمر الاجتماعي					٢.٠٢٣	٠.٣٤٣	٢.٢٨٠	٠.٠٥
قيمة الثابت								٦.٨٤١	

ت = ٢.٥٩ عند مستوى ٠.٠١ ت = ١.٩٧ عند مستوى ٠.٠٥

وتفسر النتائج أن المتغيرات المستقلة تفسر ٧٩% من التباين الحاصل في الباراسومنيا وذلك بالنظر الى معامل التحديد R2.

وتشير النتائج الى أن قيمة بيتا تساوي ٠.٩٣٩، ٠.١٥١ ويتضح وجود علاقة موجبة بين التمر مع كل من الباراسومنيا والدافعية للإنجاز على الترتيب وهو دال احصائياً عند مستوى ٠.٠١ ويعنى ذلك أن هذه المتغيرات يساهم في التنبؤ بالتمر.

كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{التمر} = ٦.٨٤١ + ١.٧٦٢ (\text{الجسدي}) + ٢.٢١٤ (\text{اللفظي}) + ٢.٠٢٣ (\text{الاجتماعي})$$

توصيات البحث:

- في ضوء نتائج البحث الحالي يمكن للباحثان تقديم التوصيات التالية:
- دراسة معايير تشخيص وتحديد الأعراض المصاحبة لاضطراب الباراسومنيا (خلل النوم) وتعيين مقياس يتناول مختلف فئات أطفال الدمج.

- تشجيع أطفال الدمج ضحايا (النتمر) على تكوين جماعات الدعم والمساندة الاجتماعية لتبادل الخبرات وتقريغ الانفعالات والتعبير الإيجابي عن المشكلات والأعراض التي يعانون منها وخاصة اضطراب الباراسومنيا..
- عقد دورات تدريبية وورش عمل مختلفة في لقاءات متعددة حول هذا النوع من الاضطراب (الباراسومنيا) والتوعية بأعراضه وأسبابه وآثاره على أطفال الدمج.

المراجع:

- أحمد علي طلب، عمرو محمد سليمان (٢٠١٩). ضحايا التنمر المدرسي من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين في ضوء بعض المتغيرات. المجلة التربوية- كلية التربية- جامعة الوادي الجديد. العدد ٦٨ ديسمبر ٢٠١٩، ٢٦١٠-٢٦٦٧.
- أشرف محمد شريت، محفوظ عبد الستار أبو الفضل، سلمى محمد السيد (٢٠١٨). التنمر المدرسي لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة العلوم التربوية. كلية التربية بالغرقة. جامعة جنوب الوادي. العدد الثاني، ديسمبر. ٢٦٢-٢٨٣.
- يسرا محمد (٢٠١٩). برنامج معرفي سلوكي لخفض النمو المدرسي والأفكار اللاعقلانية لدى طلاب المرحلة المتوسطة. مجلة كلية التربية. جامعة عين شمس. العدد ٤٣. الجزء الرابع. ١١٧-١٦٨.
- ندى نصر الدين خليل (٢٠١٧). العلاقة بين التنمر المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية وبعض خصائص الشخصية والعلاقات الأسرية. مجلة البحث العلمي في التربية- العدد ١٨ الجزء الرابع. من ٤٨-٦٨.
- محمد سمير بكر الصديق (٢٠١٧). فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض سلوك التنمر لدى أطفال الروضة. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. جامعة المنصورة. المجلد ٣. العدد الرابع إبري. ٣٦٥-٤٠٨.
- يونيسيف مصر (٢٠١٨). www.unicef.org/etypt/vulling.
- أسماء نور الدين (٢٠٢٢). الاستقراء على الطلبة ذوي صعوبات التعلم وعلاقته بالسلوك الانفعالي لديهم. مجلة كلية التربية. جامعة أسيوط. المجلد ٣٧. العدد ٢. ٨٤-١١٠.
- سحر حسين عبده (٢٠٢٠). التنمر المدرسي خطر يهدد دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية. المجلة العربية لعلوم الإعاقة- العدد ١٤ نوفمبر- المجلد الرابع- كلية التربية- جامعة المنيا.
- هدى محمود الظلماوي (٢٠١٧). در الأسرة في النهوض بذوي احتياجات الخاصة ودمجهم في المجتمع "دراسة ميدانية لجمعية رعاية الطفولة والنهوض بالأسرة" المؤتمر العلمي المهني العربي لتعليم ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة- المنيا ٣٩١.
- منى الدهان (٢٠١٧). دراسة التنمر لدى كل من الأطفال العاديين والأطفال المعاقين سمعياً والأطفال المعاقين عقلياً- دراسة ميدانية- مجلة علم النفس. مصر. (٣٠) ١١٥). ٨٧-١٠٨.
- محمد شيحان جويعد (٢٠١٩). المشكلات النفسية الشائعة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في دولة الكويت. المجلة العربية لعلوم الإعاقة والمواهب (٩). (٢٥٥-٢٧٨).
- محمد عبد الله محمد شلبي (٢٠١٧). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف اضطرابات النوم (الأرق- الفزع الليلي- فرط النوم) لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية. جامعة كفر الشيخ (١٧) (٣). ٥٢٥-٥٦٨.

- مديحة دياب فهمي (٢٠١٥). عادات النوم لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. رسالة ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- حمزة عايد سليمان بنو خالد (٢٠١٦). اضطرابات النوم لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. للعهود الدولي للدراسة والبحث. (٢) (٢).
- (٥١ - ٥٧).
- محمد سمير بكر الصديق (٢٠١٧). فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض سلوك التمر لدى أطفال الروضة. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. جامعة المنصورة. العدد الرابع. المجلد الثالث. مصر. (٣٦٦ - ٤٠٨).
- عبد الرحمن حسن الصلحيم (٢٠١٧). ظاهرة التمر عند طلاب المرحلة الابتدائية من وجهة نظر المعلمين (دراسة ميدانية). دار المفردات للنشر والتوزيع والدراسات.
- صالح هادي الغنزي (٢٠٢٠). طبيعة اتجاهات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة نحو الدمج في مدارس التعليم العام في ضوء بعض المتغيرات. مجلة كلية التربية. جامعة الأزهر. العدد ١٨٥. الجزء الثاني.
- عبد العزيز الشخص، عبد العزيز عبد الجبار، زيدان السرطاوي (٢٠١١). الدمج الشامل. تربية العاديين في المدارس العادية. الناشر الدولي الرياض.
- إكرام قاسمي (٢٠٢٠). مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية من وجهة نظر معلمي الأقسام الخاصة. دراسة ميدانية. رسالة ماجستير. جامعة العربي بن مهيدي. أم البواقي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. الجزائر.
- فايز الضفيري (٢٠٢١). اتجاهات المعلمين والمعلمات نحو دمج الطلبة ذوي الإعاقة الذهنية في المدارس العادية بدولة الكويت. مجلة دراسات العلوم التربوية. مجلد ٤٨. العدد ١. الكويت.
- عبد الناصر الصويتي (٢٠١٦). اتجاهات وآراء المدرسين والإداريين في التعليم العام نحو إدماج الأطفال غير العاديين في المدارس الابتدائية العادية في منطقة الخليل. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية الإنسانية. جامعة بابل. العدد ٢٥. (١١٤ - ١٣٢).
- سهير محمد سلامة شاش (٢٠١٩). استراتيجيات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة. مكتبة نور. الطبقة الأولى. مصر.
- بطرس حافظ بطرس (٢٠١٠). تكييف المناهج للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. دار المسيرة. عمان.
- بطرس حافظ بطرس (٢٠١٠). القرار الوزاري رقم ٢٥٢ - ٢٠١٧. قرار الدمج بمدارس التعليم العام (مادة ٥، ٦، ٧).
- محسن بن بديني إبراهيم السويدي (٢٠١٩). اضطرابات النوم وعلاقتها بدافعية التعلم لدى طلاب المرحلة المتوسطة. رسالة ماجستير. جامعة نايف للعلوم الأمنية. كلية العلوم الاجتماعية. المستودع الرقمي المؤسسي لجامعة نايف العربية. السعودية.
- حفيظة سليمان أحمد البراشدية (٢٠٢٠). عوامل التنبؤ بالتمر الإلكتروني لدى الأطفال والمراهقين. مراجعة للدراسات السابقة. دار جامعة حمد بن خليفة للنشر. مجلة دراسات المعلومات والتكنولوجيا. عمان. العدد (١) (٣ - ١٤).

- سالم نوري صادق، مروة سالم نوري (٢٠١٣). أثر الإرشاد بأسلوب قطع الأفكار في خفض اضطرابات النوم لدى طالبات جامعة ديالى. مجلة آداب الفراهيدي. العدد (١٧) (٢٢٨ - ٢٣١).
- الطيب محمد زكي يوسف (٢٠٢٠). جودة النوم لدى أطفال الإعاقة الفكرية البسيطة في ضوء بعض المتغيرات. المجلة التربوية. العدد (٧٧). كلية التربية. جامعة القصيم. المملكة العربية السعودية. (٢٣٢٨ - ٢٣١٠).
- حمزة عايد سليمان بنو خالد (٢٠١٦). اضطرابات النوم لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. مجلة المعهد الدولي للدراسة والبحث. (٢) (٥١ - ٦٢).
- سعود عبد العزيز الجوهرة (٢٠١٧). برنامج تدخل فهي مقترح للتعامل مع سلوك التنمر لطالبات المدارس الثانوية في ضوء النموذج الإدراكي المعرفي السلوكي. مجلة الخدمة الاجتماعية. الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين. (٥٨) (٧) (١٨ - ١٤٤).
- Nambair P, Jangan K, Roopesh B and Bhaskar A (2019). Peer victimization and its relationship to self-esteem in children with mild intellectual functioning in regular and special schools: An exploratory study in urban. Bengaluru. Journal of intellectual disabilities, 18(4), 313- 324.
- Toseeb U, Mcchesney G and wolke D, (2018). The Prevalence and psychopathological correlates of sibling bullying in children with and without autism and developmental disorder, 48(7), 2308- 2318.
- Shu B, lung F W, Chiang T and Lin S, 2019, prevalence of billing and perceived happiness in adolescent with learning disability, Intellectual disability, ADHD and autism spectrum disorder: in the Taiwan Birth control pilot study. Journal of Medicine, 98 (6), 14483.
- Fisher M, Grillin M, lane L and Mori L. (2019). In their own words: perceptions and experiences of bullying among individuals with intellectual and developmental disabilities. Journal of intellectual and developmental disabilities, 57 (1). 66.74.
- Han Z, Zhang, G and Zhang H. (2017). School bullying in urban China: prevalence and correlation with school climate. International Journal of environmental research and public health, 14, 116- 1121.

- Hodgins Z, Kelley E, Kloosterman P and craig w (2018). Brief report: do you see what I see?. The perception of bullying in male adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and developmental disorders*, 48 (11), 3958- 3964.
- Mayo Clinic Family health book 5th edition 2021. Mayo clinic press.
- Qiqichen, Ko ling chan, Mengtong enen, Camilla Kin0 sing go and Patrick Ip. (2022). Associating sleep quality, quality of life and child poly-victimization. *Journal of child abuse and Neglect*. V133.
- Maryan Dengnani, Af shin Fayyaz, Fateneh cheraghi (2019). The relationship between severity of Epilepsy and sleep sis order in Epileptic children, *Iranian Journal of child Neurology* v (13) I (2).
- Priyadarsini Samanta, Durga Prasad Mishra, Ansuman Panigrahi, Jayanti Mishra and laxman kumar. (2020) sleep disturbances and associated factors among 2- 6 Year- old male children with autism in Bhubane swar, India. *Journal of sleep medicine* v(67) (77- 82).
- Nozmu Kawashima (2021). Kambakutaisoto treatment for children wit night crying and arousal Parasomnias developed During prolonged Hospitalization. *Journal of child neurology* v 3 b issue 7.
- Jianghong Liu, Guanghai wang, Naixue cui and Xianchen Liu (2018). Agreement between parent-reports and child self- reports sleep problems in chinese children. *Journal of sleep and biological Rhythms*. V(16). (228- 291).
- Amaie carnet, Laurie Mclay, Sarah Hansen, Karyn France and Neuille Blanpied (2021). *Journal of steep problems in children and adolescents with Autism. level opmental and physical Disabilities-* b(33)
- Ngan Yin Chan, Chun Ting Au, Shhirety xin Li and Yun Kwok wing (2022). Sleep complaints Among school children. *Journal of sleep medicines clinics* v (17) issue (1) (53- 65).

- Jacqueline Mlane, Samuel E Jones, Hassan S Dashti, Andrew R. Wood, Krishna, G. Aragan, Vincent Ban Hees, and Bendik Swinsvold, (2019). Journal of Nature genetics. Biological and Clinica; insights from genetics of Insomnia Symptoms. V 51 (387- 393).
- Angleika A Schlarb, Isable Binlnaier, Kerstin Velten- Schurian and Christian F. poets (2018). Short and long term effects of CBT- I in Groups for school- Age children Suffering from chronic Insomnia. The Kiss program. Journal of behavioral sleep medicine v. 16. issue (4).
- Said Alkaabi, Meyerovich, Yakubov B and Shapiro C.M, (2018). Triggers of parasomnios- what sleep experts think?. Journal of Neurology and psychiatries disorder b(1) issue (1)
- Elisabetta Fasiello, Serena Scarpelli, Maurizio and Valntina Alfans (2022). Dreaming in parasonnias: Rem sleep behavior disorder as a Model. Journal of clinieal Meicine, v 11 I 21. (6329).
- Joel Reiter, Maya Ramagopal and Erick Forno. (2021). Sleep disorders in children with asthma. Journal of pediatrie pulmonology- v 57 I (8) (1851- 1859).
- Katinka Tuisku, Nils Sandman, Markk 4 Partinen and Tina Paunio(2020).Dreaming and parasonnia- A Case with severe parasonnia overlap disorder and its treatment. Journal of psychiatria fennica v 51. (92- 107).
- Jojo Joseph and Natasha Thomas, (2018). Sleep problems in relation to autism seuerity problematic behaviour and parental distress in children with low Functioning autism. International Journal of child development and Mental heath. V6 il (11- 21).
- Joel Erikson, Bradley V. and Vaughn D. (2019) Mon Rem Parasomnia, Journal of sleep Medicine Clinics. V 14 issue 3 (363- 370).
- Gulcin Benir Senel, Esra K'ochan and Dery a karadeniz (2021). Restless steep disorder in children with NREM Para. Somnias. Journal of oxford university press. V44 issue 7.

- Francois Bilodeau, Mara Brendgen, Frank vitaro, sylvana M cote, Richard E Trenblay and Michel Boiuin (2020). Association between peer victimization and parasomnias in children: Searching for relational Moderators. Journal o child Psychiatry clinic October v20.
- Yu Kinoshita, Osama Itani, Yui chiro Otsuka and Yuuki Matsumoto, 2021, A Nationwide conort study of parasommias among adolescents. The Journal of clinical Psychiatry. July 6.
- Hamed el Khawat, Marwa eldeeb, Mahmoud el habiby and Micheal fawzy (2022). Sleep habits among over weight and obese school-aged and the night to health-international Journal of human rights and health care (2056- 4902) v. 15 issue 3.
- Elena L. Gigorenko, Donald L. Compton, Lynn. S. fuchs and Richard wagner (2020). Zender Standing, educating and supporting children with specific tearning Disabilities. 50 years of science and practice. Journal of American psychologist v (75) I (1) (37- 51).
- Mohd Noraznibin Nordin, Mohamed Ziad bin Mastafa. And Abdul Rasid bin Abdeel Razzec (2019). The Practice of headmasters' leadershipand its effect on job satisfaction of special education integration program (PPKI) Teacher in Johor, Malaysid. Journal of Tun hussien educational research v (7) I (9) (2008-2014).
- Emilda Sulsani, A. Akrin. (2020). Management construction of inclusion education in primary schools. Journal of Talent development and Excellence, v (12) I (1) (334- 342).
- Abdul Jalil Toha, (2021). Exploring Digital Literacy Strategies for students with special Educational Needs in Digital age. Turkish Journal of computer and Mathmatics education v (12) I (9).

- Roger. J. Broughton (2022). Parasonnias and steep related movement disorders- A look back at six decades of scientific studies Journal of clinical and translational neuroscience v (6) I (1).
- Lourdes M Delrosso, Maria P. Mogavero, Raffaele ferri & oliviero Bruni. (2022). Restless sleep disorder (RSD): a new sleep disorder in children. A Rapid Review. Journal of current neurology and Neuro science reports v (22). (395- 404).
- Regis lopez, lucie Barateau, Soflene chenini, Anna laura Rasso and Yves Dauvilliers. (2022). Home nocturnal infrared video to record non-rapid eye movement sleep parasomenias. Journal of sleep research. (1- 9).
- Neepta Gurbani, Do Thomas J, Dye Kyle, Sejal Jain and Narong Sinaka Jornboon. (2019). Improvement of parasonias after treatment of restless-leg- syndrome/ periodic limb movement disorder in children. V (15) I (05).
- A.V. Zakhorov, I. E. Poverennova, V. A Kalinin and E.V. Khivintseva. (2020). Parasomnias Associated with disordered Arousal from slow- wave sleep: Mechanism of occurrence and Neurophysio characteristics. Journal of Neuroscience. And behavioral physiology- v (50) (270-274).
- Cor. J.W. Meifer and And Amand a Watkins. (2019). Binancing special needs and inclusive education. From Salananca to the present. International Journal of inclusive education v (23) I (7- 8) (705- 721).
- Jonna Kasalainen, Eira Suhonen, Alisa Alijoki and Ivina Sajaniemi (2022). Children's play behabiour, cognitive skills and vocabulary in integrated early childhood special education groups. International of Inclusive education v (26) I (3) (284-300).
- Albert Martin, Kate Ching- Ching Chan (2022). Pediatric sleep disorder, springer publications 1st edition (131- 137).

- Safwan Badr Jennifer L. Martin, (2022). Essentials of sleep medicine: A practical approach to patients with sleep complaints. Human press. Second edition (349- 379).
- Marion Jarczok, Stephanie lange, Matthias Dom hard and Andreas Jud (2022). Can You sleep? Effect of retrospective recall of child maltreatment on sleep parameters and mediating role of psychological distress among students of two German zeniuersities Journal of Nature and science of sleep. V (14) (1299- 1310)
- Hwang & Kim YS, Koh. Y Jand Leventral B.L. (2018). Autism Spectrum disorder and school bullying: Who is the victim? Who is the perpetrator? Journal of aufism and developmental disorders, 48 (1), 225-238.
- Ashraf M. El Tantawy, Yasser M and Saber A. (2014). Steep disorders and sleep Quality among patients with anxiety or depressive disorders in relation to their Quality of life, Egyption journal of Psychiatry. 35 (1)- 56- 64.
- Schmiett M. H, (2014), The Energy allocation function of sleep: a unifying theory of sleep torpor, and continuous wakefulness. Journal Neuro science and behavioral reviews. 47, 122-153.
- Dieter wolke and Suzet Tanya Lereya, (2014). Bulling and Parasamniyas: T A Longtudinal cohort study. Journal of pediaticrics b (134) (4) (1040- 1048).
- Sanna Herkama, Tlin Turunen and ivils sandman. (2019). Sleeping problems partly Mediate the association Between victimization and depression among youth. Journal of child and family studies v (28) (2477-2486).
- Mehedi Hassan, Yaqoot Fotima, Sinon Snith, Tariquj Jaman and Abdulah Manun (2022). Geographical variations in the association between bullying victimization and sleep loss among adolescents: a population-

- based study of al countries. Journal of sleep medicine v (90) (1- 8).
- Melanie J, Amanda L, and Jainee Stuart (2019). Let's get physical: recent research on relations of adolescent peer victimization with psychosomatic symptoms, sleep and body weight. Journal of applied behavioral research. V (24) I (2).
 - Christine Laganier, Helene Gaudreau, Irina Pokhvisneva and saman the Kenny (2022). Sleep terrors in early childhood and associated emotional behavioral problems. Journal of clinical sleep medicine. V (18) I (a).