وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

البروفيل النفسي لدى الطفل الخاضع للنظام الغذائي

دراسة عيادية لثلاث حالات مصابين بسكري الأطفال النوع الأول

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص – عيادي –

إعداد الطالبة :
- خديجة بيرش

تحت إشراف الأستاذ :
– د. نبيل مناني

السنة الجامعية :2015 /2016

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله تعالى أولا وأخيرا على نعمة التوفيق وسداد الخطى في الطريق أحمد الله الذي وفقني في إتمام هذا العمل المتواضع.

أتقدم بكل حب وامتنان إلى **أبي** و **أمي أدامهما** الله لي و أطال في عمرهما.

يسعدنا أن نتقدم بموفور الشكر وخالص الثناء وعظيم التقدير والعرفان إلى الأستاذ الدكتور **نبيل مناني** ذلك لتفضله بالإشراف على هذا البحث، والذي لم يبخل علينا بنصائحه وإرشاداته القيمة.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير **لأعضاء اللجنة المناقشة** على تفضلهم لنقد وتقييم هذه الدراسة وإلى كافة **الأساتذة في قسم علم النفس** على إبدائهم لنا النصائح القيمة التي كانت نبراسا أضاء طريقنا.

كذلك أشكر كل عمال المؤسسة الاستشفائية أم – طفل على حسن استقبالهم وتفهمهم لنا، وكل من ساهم من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل وكذا مديرة مدرسة التكوين الشبه طبي على حسن استقبالها لنا، ولا ننسى شكر القائم على إخراج هذه الرسالة في شكلها النهائي **عزوز خليفي**.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
شكر وعرفان.....	–
فهرس المحتويات.....	–
ملخص الدراسة.....	–
مقدمة.....	أ

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار النظري للبحث

1–الإشكالية.....	**4**
2–أهمية الدراسة.....	**6**
3–دوافع الدراسة.....	**6**
4–أهداف الدارسة.....	**6**
5–التحديد الإجرائي للمصطلحات.....	**7**

الفصل الثاني: الطفولة

تمهيد.....	**9**
1–تعريف الطفولة.....	**10**
2–المقاربة النظرية للنمو.....	**10**
3–الطفولة المتأخرة.....	**17**
3–1–تعريف الطفولة المتأخرة.....	**17**
3–2–مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة.....	**18**
3–3–خصائص الطفولة المتأخرة.....	**22**
4–حاجات الطفولة.....	**23**
5–مشكلات الطفولة.....	**29**
6–دور الأسرة والوراثة في نمو الطفل وتطوره.....	**35**
خلاصة.....	**39**

الفصل الثالث: سكري الأطفال النوع الأول والنظام الغذائي

تمهيد..... 40

I. سكري الأطفال النوع الأول..... 41

1-تعريف سكري الأطفال النوع الأول..... 41

2-التفسير العلمي لسكري الأطفال النوع الأول..... 41

3-أسباب سكري الأطفال النوع الأول..... 42

4-تشخيص سكري الأطفال النوع الأول..... 44

5-أعراض سكري الأطفال النوع الأول..... 44

6-مضاعفات سكري الأطفال النوع الأول..... 46

7-علاج سكري الأطفال النوع الأول..... 49

8-التأثير النفسي لسكري الأطفال النوع الأول..... 50

9-الإدارة الواعية لسكري الأطفال النوع الأول..... 51

II. النظام الغذائي..... 52

1-تعريف النظام الغذائي..... 52

2-تاريخ ظهور النظم الغذائية الخاصة بمرض السكري..... 52

3-أنواع النظم الغذائية الخاصة بمرض السكري..... 53

4-النظام الغذائي الخاص بالطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول.... 55

5-أهداف النظام الغذائي..... 59

6-المشكلات النفسية والسلوكية للطفل الخاضع للنظام الغذائي..... 60

7-دور الأسرة في متابعة النظام الغذائي للطفل..... 61

خلاصة..... 62

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإطار الإيمبريقي التطبيقي للبحث

1-الدراسة الاستطلاعية 65

2-منهج الدراسة..... 67

3-حالات الدراسة..... 67

4-أدوات الدراسة..... 67

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة الحالات

1-عرض وتحليل ومناقشة الحالة الأولى..... 74
2-عرض وتحليل ومناقشة الحالة الثانية..... 82
3-عرض وتحليل ومناقشة الحالة الثالثة 90
4-مناقشة النتائج على ضوء التساؤل..... 97
الخاتمة..... 100
توصيات واقتراحات..... 101
قائمة المراجع..... 103
الملاحق..... -

ملخص الدراسة:

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تحت عنوان:

" البروفيل النفسي للطفل الخاضع للنظام الغذائي ".

وقد هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على البروفيل النفسي للطفل الخاضع للنظام.
- تم إجراء هذه الدراسة على ثلاث حالات كان اختيارها قصديا، واستخدمنا في هذه الدراسة المنهج العيادي المعتمد على دراسة الحالة، وتمثلت أدوات الدراسة فيما يلي: المقابلة النصف موجهة.
- اختبار رسم الشخص " لماكوفر "

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

وجود خصائص نفسية تتراوح ما بين الإيجابية والسلبية في البروفيل النفسي لكل حالة من الحالات الثلاث، كانت النتائج في الحالة الأولى أن خصائص البروفيل النفسي لهذه الحالة تتمثل في ضهور الشعور بالنقص، سوء تقدير الذات، سوء التوافق الاجتماعي، القلق، العدوان، الخوف، ومشاكل سلوكية متمثلة في السرقة، الكذب، إلا أن بروفيل هذه الحالة لا يخلو من الخصائص الإيجابية التي تتمثل في الذكاء، القدرة على تنظيم الأفكار، القدرة على الإنجاز وإشباع الحاجات، الطموح وثبات الهوية الجنسية.

أما الحالة الثانية فتميز بروفيلها النفسي بالانطواء، عدم التوافق، الخجل، القلق، الضغط النفسي، كما نجد عند الحالة؛ الواقعية، النرجسية، الذكاء، الانبساط، القدرة على الإنجاز، ثبات الهوية الجنسية، الطموح، لا يخصها الشعور بالنقص.

فيما يخص الحالة الثالثة فقد تميزت خصائص البروفيل النفسي له بثبات الهوية الجنسية، الواقعية، الذكاء، القدرة على الإنجاز، القدرة على تنظيم الأفكار، الطموح، و كذا وجود

مشاكل في شخصيته المتمثلة في سوء التوافق الاجتماعي، الانطواء، انخفاض تقدير الذات، الإحساس بالقلق و وجود مشاعر عدوانية لم تظهر على مستوى سلوكه.

أما الاقتراحات المقدمة فكانت على النحو التالي:

- إن وجود طفل خاضع للنظام الغذائي داخل الأسرة يحتم عليها اتباع ما يلي:
- الإلمام بكل ما يخص النظام الغذائي لهذا الطفل.
- تقديم الوجبات الغذائية في شكل جيد يزيد من قابلية الطفل لها.
- وضع أغذية الطفل البينية في أماكن يسهل عليه تناولها بمفرده.
- تجنب استهلاك الأغذية الممنوعة عنه أمامه.
- التعامل مع هذا الطفل بأسلوب هادئ وتجنب إهماله أو تدليله بإفراط حتى لا يستعمل إصابته كوسيلة ضغط لتلبية أوامره.
- ضرورة أن يعلم الوالدين الأشخاص المسئولين عن الطفل داخل المدرسة ذلك.
- توعية وتثقيف الطفل بأهمية النظام الغذائي بالنسبة لصحته ومخاطر عدم اتباعه.
- مشاركة الطفل في المناسبات التوعوية المختلفة التي تخص نوع إصابته وتتحدث عن النظام الغذائي.

كما يجب على الدولة الاهتمام بهذه الفئة وذلك من خلال:

- إنشاء جمعيات خاصة بهؤلاء الأطفال، نظرا لوجود أعداد متزايدة من الأطفال الخاضعين للنظام الغذائي، والذي يعتبر أحد الظواهر المنتشرة والتي يجب أن تراعى بأقصى الإمكانيات المتاحة لدينا، لذا يؤيد إنشاء مثل هذه الجمعيات تنميةً للفكر والبحث العلمي في مجال النظم الغذائية والعمل على تطويره وتنشيطه، بالإضافة إلى كون ذلك يرفع من الأداء المهني للعاملين في هذا المجال بما يخدم مصلحة المرضى.

مقدمة

مقدمة:

الطفولة هي مرحلة من مراحل العمر الحتمية التي يمر بها كل فرد وفيها ينمو وينشأ ويتطور جسميا، حركيا، عقليا، نفسيا واجتماعيا في محيطه الذي يعيش فيه وقد حظيت هذه المرحلة العمرية باهتمام العديد من العلماء لكون الطفل في هذه المرحلة يمكن أن يصادف مشكلات مختلفة تعيق نموه السليم ذلك لأنها مرحلة انتقالية حرجة تعترض مسار النمو فيها العديد من الإحباطات التي تحول دون إشباع مطالبها، وتحقيق أكبر قدر من التوافق النفسي.

مرحلة الطفولة مرحلة أساسية لها دور في تكوين وبلورة شخصية الطفل، حيث تتفاعل فيها بنية الفرد مع المحيط الذي يعيش فيه، وقد يتعرض الطفل هنا للوقوع في الكثير من المشكلات سواء النفسية أو العضوية وأي اضطراب يصيب الطفل قد يشكل عامل سلبي يؤثر على استقراره ونموه ومن جملة هذه المشكلات نجد إصابة الطفل بأحد الأمراض العضوية التي تلزمه الخضوع للنظام الغذائي الذي يعد بالنسبة للطفل بمثابة تثبيط لحريته في إشباع حاجته للأكل، ومن هنا تم تسليط الضوء في دراستنا على النظام الغذائي وما يترتب عليه من أثار في شخصية الطفل، حيث تضمنت الدراسة جانبين، جانب نضري وجانب تطبيقي وتضمن الجانب النضري :

الفصل الأول: الإطار النضري للدراسة.

الفصل الثاني: تحدثنا فيه عن الطفولة.

الفصل الثالث: سكري الأطفال النوع الأول والنظام الغذائي.

أما الجانب التطبيقي فتضمن فصلين:

الفصل الرابع: يدور حول الإطار التطبيقي للبحث.

الفصل الخامس: كان لتحليل ومناقشة نتائج الحالات.

ثم جاءت الخاتمة كحوصلة لموضوع الدراسة وأخيرا اقتراح توصيات.

الإطار النظري

الفصل الأول: الإطار النظري للبحث

1- إشكالية.
2- أهمية الدراسة.
3- دوافع الدراسة.
4- أهداف الدراسة.
5- التحديد الإجرائي للمصطلحات.

1-الإشكالية:

تعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل الحياتية التي يمر به الإنسان خلال مراحل تطوره، حيث أنها تشكل اللبنة الأساسية في بناء الفرد سواء من الناحية النفسية والاجتماعية أو الفزيولوجية، وهذا ما أكدته نظرية التحليل النفسي من خلال إقرارها ب " أن السنوات الأولى في حياة الفرد هي الدعامة الأساسية التي تقوم عليها بعد ذلك حياته النفسية والاجتماعية ". (فؤاد البهي السيد، 1998، ص 197)

هذه المرحلة تتميز عن باقي المراحل العمرية إذ من خلالها يتحدد سير النمو النفسي للطفل المرتبط بإشباع حاجاته النفسية والبيولوجية فحسب **Irin Jossilini** " إن الطفولة التي يجد فيها الطفل إشباعا ورعاية لشؤونه، سوف تعطي للطفل إحساسا بالطمأنينة المريحة في العالم الذي يحيط به بحيث يراه مكانا آمنا يعيش فيه وليس مكانا باردا لا يهتم به أو مكانا معتديا لا بد أن يحمي نفسه منه". (عبد المجيد الخليدي، 1994، ص 60).

النمو السليم للطفل يتطلب رعاية خاصة من قبل محيطه الأسري ويستدعي تنشئة بعيدة عن كل الضغوطات النفسية، الاجتماعية والفزيولوجية فكلها قد تؤثر على مطالب المرحلة من قريب أو من بعيد وتؤثر بحد قريب إذ كان هناك خلل في إحدى المطالب وهذا ما نجده عند الطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول الذي فقد جزءا لا يستهان به من صحته الجسمية مما قد يعيقه في تحقيق تكيفه الاجتماعي وتوازنه النفسي، داء السكري كما جاء في تعريف **منظمة الصحة العالمية 2002** هو " حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثة، ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم وقد يرجع ارتفاع مستوى السكري في الدم إلى قلة وجود الأنسولين" . (جاسم محمد، 2008، ص 19)

إصابة الطفل بداء السكري من شأنها أن تعرقل حياته فقد تمنعه هذه الإصابة من عيش حياة طبيعية ومن ممارسة حياته كأي طفل معافى، ومن التمتع باللعب الذي يعد النشاط الوحيد الغير مقيد و الذي يحتوي على أهمية بالغة في النمو النفسو حركي للطفل فمن خلاله يكتسب أغلب المهارات الحركية و يتعلم طرق التواصل مع الآخر كل هذا يحرم منه الطفل المصاب

وهذا الحرمان قد ينتج عنه إضطربات في النمو فقد يؤثر سكري الأطفال النوع الأول بشكل مباشر أو غير مباشر على نفسية هذا الطفل الذي يتوجب عليه الحقن الدائم بالأنسولين بالإضافة إلى نظام غدائي خاص، حيث يعرف هذا الأخير على أنه "عملية تنظيم الغذاء حسب القيمة الغذائية للأطعمة ". (عبد الرحمان النجار، 2009، ص 165).

بطبيعة الحال فإن خضوع الطفل لنظام غذائي بعد إصابته بسكري الأطفال النوع الأول يتطلب قاعدة ثقافية حول المعايير الصحية والممارسات الغذائية الإيجابية التي من شأنها أن تحمي الطفل وتأمن له حياة أفضل وهذا ما أكدته دراسة " **وسيلة سالمي** "، **(2008)** "**السلوكيات والممارسات الغذائية لدى الخاضعين للنظام الغذائي** " حيث تهدف الدراسة إلى محاولة الكشف عن الأحكام المرتبطة بالنظام الغذائي وإلقاء الضوء على أهم تعقيدات الممارسات الغذائية التي يواجهها المصابين بمرض السكري، وأكدت نتائج الدراسة أن اعتماد النظام الغذائي لا يتوقف بالأساس على رغبة المريض، أي أن إتباع نظام غذائي يرجع بالدرجة الأولى إلى التصورات والممارسات المرتبطة بالتاريخ الكلي للفرد، والنظام الغذائي لمريض السكري يستلزم المثول له مجموعة من التفاعلات بين المعايير الصحية والأحكام الاجتماعية والثقافية.

إن التنظيم الصارم في تغذية الطفل قد يتسبب بطريقة أو بأخرى في حرمانه من تناول أغلب الأغذية المحببة لديه (كالحلويات والمشروبات الغازية...الخ) نظرا لطبيعة مرضه ولمحدودية كمية ونوعية الأغذية المتاحة له، مما قد ينتج عنه عدم إشباع حاجة الطفل للأكل، وهذا الفراغ البيولوجي الناجم عن النظام الغذائي قد يترتب عنه الكثير من الانطباعات الشخصية المتعلقة بمفهوم الطفل عن ذاته وبتكوين صورة ذهنية عن نفسه، وهذه الصورة المختزنة في أعماقه تؤثر بشكل كبير وواضح في بناء شخصيته وتشكيل سلوكاته وردود أفعاله في مختلف المواقف الحياتية التي يتعرض لها والتي تظهر بشكل جلي في مرحلة التمدرس أو بما يسمى مرحلة الطفولة المتأخرة إذ يدخل الطفل في هذه الفترة في دوامة المقارنة بين ذاته والآخر المتمثل في أقرانه وأصدقائه، لذلك فأي خلل أو اضطراب يصيب الطفل قد يؤثر على نموه الجيد وعلى طبيعة سلوكياته وعلى تكوين شخصيته.

على هذا الأساس جاء التساؤل التالي:

- **ما هو البروفيل النفسي للطفل الخاضع للنضام الغذائي؟**

2-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في:

- تسليط الضوء على فئة الأطفال الخاضعين للنظام الغذائي ولفت انتباه المعلمين والمربين إليهم وزيادة الاهتمام بهم.
- تقدم هذه الدراسة صورة علمية للقائمين على معالجة ومتابعة هذه الفئة من الأطفال لابتكار برامج وخطط تساعد على ضمان نمو نفسوجسمي سوي.
- يمكن لهذه الدراسة أن تفتح المجال للبحوث العلمية الأخرى للبحث في متغيرات أخرى وإشباع الفضول العلمي من حيث تناول هدا الموضوع.
- إثراء البحوث والدراسات النفسية، فيما يتعلق بمجال الصحة على وجه الخصوص.

3-دوافع الدراسة:

إن التطرق لهذا الموضوع كان لأسباب عدة أهمها:

- اهتمامنا بهذه الفئة من الأطفال الخاضعين للنظام الغذائي ومحاولة وضع دراسة تساهم في توعية القائمين عليهم وتعزيز السند النفسي لهم.
- المجتمع وتصوراته حول هذه الفئة كأحد الدوافع التي جعلتنا نتبنى هذا الموضوع، وتغيير النظرة الاجتماعية وإشعار هذه الفئة بالدعم الاجتماعي.

4-أهداف الدراسة:

يسعى الباحث من وراء هده الدراسة إلى:

- التعرف على البروفيل النفسي للطفل الخاضع لنظام غذائي.

5-التحديد الإجرائي للمصطلحات:

5-1-البروفيل النفسي: هو مجموعة من السمات النفسية التي تميز فرد ما، ويتضح ذلك من خلال تطبيق اختبار رسم الشخص.

5-2-الطفولة: هي المرحلة العمرية القاعدية التي يمر بها الفرد، تتكون فيها مختلف جوانب الشخصية التي تحدد سير النمو النفسي والجسمي في المراحل التي تليها وخاصة مرحلة الطفولة المتأخرة 9-12 سنة.

5-3-الطفل الخاضع للنظام الغذائي: هو ذلك الطفل الذي يخضع لتناول وجبات غذائية خاصة، محددة الوقت والكمية، نتيجة إصابة بسكري الأطفال النوع الأول والذي يتلقى العلاج في المؤسسة الإستشفائية أم طفل – تقرت.

الفصل الثاني: الطفولة

تمهيد

1- تعريف الطفولة.

2- المقاربة النظرية للنمو.

3- الطفولة المتأخرة.

3-1-تعريف الطفولة المتأخرة

3-2-مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة.

3-3-خصائص الطفولة المتأخرة.

4- حاجات الطفولة.

5- مشكلات الطفولة.

6- دور الأسرة والوراثة في نمو الطفل وتطوره.

خلاصة

تمهيد:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل النمائية الحرجة في حياة الإنسان باعتبارها المرحلة الأكثر تعقيدا ذلك لاحتوائها على بعض التغيرات الفزيولوجية والسيكولوجية الحساسة، ويظهر ذلك من خلال تأثر الطفل بكل ما يمر به من مواقف تؤثر على شخصيته لاحقا، فهي مرحلة التكوين العقلي والجسمي والاجتماعي والانفعالي والنفسي، ومرحلة استدخال المعايير الاجتماعية ومدى تفاعلها مع المعطيات الخارجية، وتحتاج هذه الفترة إلى عناية خاصة من قبل الوسط أو المحيط الذي يعيش فيه الطفل، الذي يجب عليه الوقوف على أهم خصائص وسمات هذه المرحلة لكي يستطيع التعامل مع هذا الطفل بالأسلوب السوي الذي يضمن له نمو نفسي وجسمي وعقلي سليم.

وفي هذا الفصل سنعرض مرحلة الطفولة والمقاربة المفسرة للنمو، وما هي مظاهر النمو وخصائص مرحلة الطفولة المتأخرة، وما حاجات مرحلة الطفولة وماهية المشاكل النفسية والسلوكية التي تعترض النمو في هذه المرحلة، وما دور الوراثة والبيئة في نمو الطفل وتطوره.

1- تعريف الطفولة:

يمكن تقديم البعض من التعاريف كما وردت من خلال الكتب المختصة في ميدان الطفولة، فقد عرفها "**حامد زهران**"**(1982)** على أنها الفترة التي يقضيها الإنسان في النمو والترقي حتى يبلغ الرشد ويعتمد على نفسه في تدبير شؤونه وتأمين حاجاته الجسدية والنفسية، ويعتمد فيها الصغار على ذويهم في تأمين بقائهم وتغذيتهم وحماية هذا البقاء، فهي فترة قصور وتكوين وكمال في أن واحد. (فتيحة كركوش، 2008، ص 16)

يشير "**فيليب أريس**" إلى مصطلح الطفولة حديثا نسبيا فالأطفال في القديم كانوا يعشون بيننا ويرتدون نفس الطراز من الملابس وعليهم أن يتصرفوا كالكبار، ولم يكن معروفا أن للطفولة خصائصها وحاجتها وأغراضها وفرصها كالخيال واللعب فذروة حياة الكائن الإنساني كانت تنقسم إلى ثلاث مراحل، ما قبل البلوغ، البلوغ ومرحلة البلوغ يعد الفرد للعمل والإنتاج، بتحمل المسؤولية وهذا ما يمارسه في مرحلة بعد البلوغ. (محمد عودة الريماوي، 1999، ص 45)

كما تعد الطفولة "مرحلة عمرية من دورة حياة الكائن الإنساني تمتد من الميلاد إلى بداية المراهقة، فالطفولة مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة فيها توضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ، لها مطالبها الحياتية والمهارات الخاصة التي ينبغي أن يكتسبها الطفل، إنها وقت خاص للنماء والتطور والتغيير يحتاج فيها الطفل إلى الحماية والرعاية والتربية. (عهود خالد الصانع،2012، ص 14).

2- المقاربة النظرية للنمو:

2-1 نظرية التحليل النفسي:

قام **S. Freud** بوضع أسس نظرية التحليل النفسي افترض أن الطفل يمر بمراحل أساسية خلال النمو وتطور أنظمة الشخصية حيث تتميز كل مرحلة بمصدر إشباعي يرتبط بمنطقة جسمية معينة، وذلك لإشباع الحاجات الغريزية، وهذه المراحل تتمثل في النمو الجنسي وهي كالتالي :

- **المرحلة الفمية:**

تبدأ من الولادة حتى النصف الثاني من العام الأول، منبع اللذة هو الفم، إضافة إلى جميع الأعضاء المتعقلة بالفعالية الغذائية (الأحشاء، المعدة، حاسة الشم، أعضاء النطق، أعضاء التنفس)، أما موضوع اللذة فهو ثدي الأم، إذ يستحسن الكلام على الموضوع النمطي لأنه في الحقيقة يضع الطفل كل الموضوعات في فمه دون التفريق بينها، الجسم الآخر هو ثدي الأم أما الجسم الخاص فهي الأصابع والجسم الاصطناعي هو الرضاعة، ويبقى موضوع لذة الطفل هو الأم، لأنه باستطاعته التفرقة بين الموضوعات، كما أن هدف النزوة في المرحلة الفمية هو الإشباع، حيث اللذة هنا في الأصل ذاتية مأخوذة من نشاط المنطقة الفمية كما أنها جنسية اشباعية . (بوسنة عبد الوافي زهير، 2012، ص 72)

- **المرحلة الشرجية:**

تبدأ من العام الأول حتى سن الثالثة من العمر، وفيها يجد الطفل اللذة، نتيجة تعليمه ضبط عملية الإخراج حين يحظى بقبول وحب والديه وتؤثر هذه المرحلة على شخصية الطفل وعلى نموه الاجتماعي. (فضيلة عرفات السبعاوي، 2010، ص 155)

وفي هذه المرحلة تتصف علاقة الطفل مع محيطه وخاصتا الأم بأهمية كبيرة لتطوره اللاحق، إذا يتعين على الطفل القيام ببعض الأمور بأسلوب معين فعليه ألا يتغوط في ملابسه وعليه أن يخضع لبعض الظروف في عملية التغوط فهذه الظروف قد لا تتفق مع حاجته إلى الحد الأقصى من اللذة، وفي هذه الفترة من التدريب يبدأ الطفل في إظهار خضوعه لهذه المطالب أو استياءه ورفضه لها وفي هذه الحالة ترتبط بردود الفعل العدائية ومشاعر الحقد على الأم بالطابع العدواني والتدميري الذي يضعه الطفل في هوماته على عملية التغوط ويدعو **فرويد** هذه المرحلة بالمرحلة السادية الشرجية . (مريم سليم، 2002، ص 50)

- **المرحلة القضيبية:**

وهي ما بين العامين الثاني والثالث إلى سن السادسة من عمر الطفل، ويهتم الطفل في هذه المرحلة بأعضائه التناسلية، واللذة الجنسية لذة ذاتية أي أنها لا تتجه إلى شيء أو فرد في

الخارج، فيجد الطفل لذته في العادة السرية أي اجتلاب اللذة بالعب بأعضائه التناسلية، ويرى فرويد **S.Freud** أن عقدة أوديب ويقصد بها ميل الطفل جنسيا نحو أمه ورغبته في التخلص من أبيه، وعقدة إلكترا وهي ميل الفتاة إلى أبيها جنسيا ورغبتها في التخلص من أمها تكون في هذه المرحلة، ويصاحبه في الذكر الخوف من فقدان العضو التناسلي فيما يسمى بعقدة الخصاء، ويقابلها في الفتاة الغيرة من الولد لوجود قضيب عنده حرمت منه. (فيصل عباس، 1991، ص 158).

- **مرحلة الكمون:**

هي الفترة التي تمتد ما بين العام الخامس والسادس حتى بداية البلوغ، وتمثل فترة توقف في تطور الجنسية، تبدأ مرحلة الكمون بعملية واسعة وحادة من الكبت، ولا يشمل هذا الكبت رغبات المراحل ما قبل أوديبية والأوديبية وهواماتها فقط بل يشمل أيضا ذكريات معظم الأحداث السابقة، ولاشك أن الطفل في مرحلة الكمون يسعى عن طريق الكبت لرغباته الجنسية إلى أن يستبعد نوع من الألم النفسي الذي يتمثل بالقلق المتعلق بالمرحلة الأوديبية أو قلق الخصاء (التهديد الوهمي) وبناءا على ذلك ينزع في هذه المرحلة الطابع الجنسي عن علاقة الطفل بأهله، وتستبدل مشاعر الكره والعداء تجاه الأهل بمشاعر الحنو والإعجاب بهم. والواقع أن طاقة الليبيدو لا تزول وتتناقص في مرحلة الكمون إلا أنها تنزاح فقط عن موضعها الأوديبي، لذلك يتعين على الطفل أن يجد طرق بديلة لتوظيف هذه الطاقة من غير أن يوقظ في الوقت نفسه القلق المتعلق بالمرحلة الأوديبية، أي تأخذ الطاقة الجنسية للطفل تتصرف نحو الكثير من النشاط غير الجنسي كالألعاب الرياضية والنشاطات الثقافية والفنون... إن هذا التعديل في توزيع الطاقة الليبيدية هو ما يدعى بالتسامي أي تحول الدوافع الجنسية عن الأهداف الجنسية وإتجاها نحو أهداف جديدة وهي عملية تستحق أن يطلق عليها الإعلاء أو التسامي الذي قد يساهم بقوة في جميع نواحي الإنجاز الثقافي . (نفس المرجع السابق، ص 201).

- **المرحلة الجنسية التناسلية:**

وفي هذه المرحلة يبحث الطفل عن الإشباع عن طريق تكوين علاقات وصلات مع أفراد من الجنس الآخر، وطريقة إشباع رغباته الجنسية تتم من خلال الظروف البيئية المباشرة من جهة

ومن خلال نموه وخبراته السابقة من جهة أخرى، وتغطي هذه المرحلة ما بعد مرحلة سن البلوغ. (فضيلة عرفات، 2010، ص 155).

2-2 نظرية إريكسون: (مقاربة النمو النفسي-الاجتماعي)

تعتبر نظرية **إريك إريكسون Eriik Erikson** من أكثر النظريات اهتماما بالسلوك الاجتماعي والتطور النفسي في الشخصية، حيث يرى إركسون أن الإنسان يتعرض لعدد كبير ومتلاحق من الضغوطات الاجتماعية المختلفة، وتشكل هذه الضغوط الاجتماعية مشكلات يتوجب على الإنسان حلها ويقترح إريكسون مصطلح "**الأزمة**" **(criss)** لكل واحدة من هذه المشكلات وعلى الإنسان أن يعمل جاهدا في حل هذه الأزمات حلا إيجابيا حتى يستمر في تطوره السليم، ومن الجدير بالذكر أن مراحل النمو في نظرية إريكسون تغطي الحياة الإنسانية بأكملها. (صالح محمد علي أبو جادو، 2004، ص 129).

كالآتي عرض لأهم المراحل الثمانية "لإريك إركسون":

- **مرحلة تعلم الثقة الأساسية مقابل عدم الثقة:**

تغطي هذه المرحلة السنة الأولى تقريبا من حياة الطفل وتقابل المرحلة الفمية عند **فرويد**، وتتضمن علاقات الاهتمام والحب والرعاية والتغذية وإشباع حاجات الطفل المختلفة، وتؤثر هذه العلاقة في بناء المشاعر الأساسية للثقة أو عدم الثقة. (صالح محمد علي أبو جادو،2004، ص 131).

- **مرحلة تعلن الاستقلال مقابل الشك والخجل: (2-3 سنوات)**

هذه المرحلة تقابل المرحلة الشرجية في تصنيف **فرويد** ففي العامين الثاني والثالث من عمر الطفل يواجه الأزمة الثانية، إن ما انتهى إليه الرضيع في المرحلة الأولى وما يمر به من خبرات خلال السنتين الثانية والثالثة، يقرران مسار هذه الأزمة، فالشعور بالثقة يساعد الطفل على استكشاف أن ما يقوم به من سلوك هو سلوكه هو، وعلى تسير بعض شؤونه وعلى الإحساس بالاستقلالية، وعلى النقيض يكون حاله فيما لو طور في المرحلة الأولى مشاعر عدم الثقة. (محمد عودة الريماوي، 2003، ص 71).

- **مرحلة تعليم المبادأة مقابل الشعور بالذنب: (3-6 سنوات)**

تحدث هذه الأزمة في الفترة بين 3-6 سنوات أو ما يسميه إريكسون سن اللعب، فمن خلال الشعور بالثقة والاستقلالية يطور الطفل الشعور بالمبادأة، فيستطيع أن يذهب بمفرده إلى أماكن غير مألوفة، ويؤدي الحل الناجح لأزمة هذه المرحلة إلى الإحساس بالمسؤولية، أما الاستمرار في الاعتماد على الوالدين وغيرهم فإنه يطور شعورا بالذنب لإحساسه بالعجز عن تلبية توقعات المجتمع في التفاعل مع بيئته مستقلا عن والديه. (صالح محمد علي أبو جادو، 2004، ص 134)

- **مرحلة تعليم الإنتاجية مقابل الشعور بالدونية: (7-11 سنة)**

يسود هذه المرحلة الهدوء والاستقرار، ومع ذلك إريكسون يوضح أن هذه المرحلة حاسمة في نمو الأنا، فالأطفال يسيطرون على المهارات الاجتماعية، وفي هذه المرحلة يجد الطفل إشباعا لحاجته للتقدير إذا نجح في تعلم القراءة والكتابة والحساب، أما إذا كان ضعيفا في دراسته ولم ينجح فإنه سيشعر بالنقص وتقل ثقته في نفسه. (مريم سليم، 2002، ص 72)

- **مرحلة تحديد الهوية مقابل اضطراب الهوية:**

تبدأ هذه المرحلة مع بدايات المراهقة وتستمر إلى نهايتها، وفيها يواجه المراهق سؤالا لم يطرحه على نفسه من قبل هو: من أنا؟ ويبحث جاهدا عن إجابة لهذا السؤال، كما تتميز إمكانياته العقلية والمعرفية بعدم النضج مما يدفع به للعيش مع ما هو خيالي. (محمد عودة الريماوي، 2003، ص 72).

- **مرحلة تعلم الألفة مقابل العزلة:**

تمتد هذه المرحلة من نهاية فترة المراهقة واكتشاف الشاب لهويته حتى انتهاء فترة الرشد المبكرة، بعد أن يكون الفرد قد طور هويته وأصبح متفردا، فالفرد في هذه المرحلة يحتل دوره الاجتماعي كراشد في مجتمعه، إذ تؤهله خبراته السابقة للممارسة هذا الدور والمشاركة في علاقات حميمية وصادقة مع الشريك من الجنس الآخر، والعكس فإنا عدم قدرة الفرد على

تطوير علاقته مع الآخرين يقود إلى العزلة النفسية الاجتماعية. (صالح محمد علي أبو جادو،2004، ص 135).

- **مرحلة الإنتاج مقابل الركود:**

يكون في هذه المرحلة تطوير مشاعر القدرة على الإنتاج بناءا على ما ينتجه بالفعل، فمع بدايات هذه المرحلة يكون الشاب قد تزوج وأنجب، وتحمل المسؤولية بعكس الأزواج الذين ينبذون الإنجاب بسبب عدم القدرة على الإنتاج (الركود). (سعد جلال، ب س، ص 34)

- **مرحلة تكامل الأنا مقابل الإحساس باليأس:**

إن الشيخوخة الناجحة تقوم على التوافق مع الأوضاع الجسمية والاجتماعية القائمة، فعندما يواجه الكبار اليأس فإنهم يحاولون الإحساس بتكامل الأنا، وهي تتضمن الإحساس بأن هناك نظاما في حياة الإنسان يقوم على قبول الإنسان لنفسه ولحياته كدائرة لا بد ان تكون لأنها بالضرورة لم يكن مسموحا فيها بأب بدائل أخرى. (مريم سليم، 2002، ص 75).

2-3- نظرية جون بياجيه: (المقاربة المعريفية)

ينظر **بياجيه Paiget** إلى التطور المعرفي من زاويتين هما: البنية العقلية والوظائف العقلية ويرى أن التطور المعرفي لا يتم إلا بمعرفتهما، ويشير البناء العقلي إلى حالة التفكير التي توجد لدى الفرد في مرحلة تطوره، أما الوظائف فتشير إلى العمليات التي يلجأ إليها الفرد عند تفاعله مع المثيرات البيئة التي يتعامل معها،ويرى **بياجيه** أن هناك وظيفتين أساسيتين للتفكير لا تتغيران مع تقدم العمر هما التنظيم **O**rganisation والتكيف **D**aptation، وتمثل وظيفة التنظيم نزعة الفرد إلى التلاؤم مع البيئة التي يعيش فيها، ويفترض **بياجيه** أن التطور المعرفي يحدث من خلال أربع مراحل أساسية، ويؤكد أن الأعمار المرتبطة بهذه المراحل تقريبية وليست مطلقة (صالح محمد علي أبو جادو ،2004، ص158).

وهذه المراحل هي كالتالي:

المرحلة الحسية الحركية:

وهي تضم أول سنتين من العمر، وفي هذه المرحلة يستخدم الطفل الاستجابات التي لا تتطلب استخدام الرموز أو اللغة، فقد يعمد إلى الصراخ أو البكاء وفيها يتعلم المشي والكلام واللعب، ويتعلم كذلك كيف يوجه حركات جسمه ويتحكم فيها فهو يتعلم على سبيل المثال كيف يوجه بصره للجهة التي يعتقد ان الصوت الذي يسمعه يأتي منها (عزيز سماره و آخرون، ب س، ص ص42،44).

مرحلة ما قبل العمليات:

تشمل هذه المرحلة الفترة بين نهاية السنة الثانية حتى السنة السابعة من العمر، ويقسمها بياجيه بدورها إلى قسمين:

الأول من السنة الثانية حتى السنة الرابعة من العمر، وتسمى مرحلة ما قبل تكوين المفاهيم وفيها تنمو قدرة الطفل على حل المشاكل الصغيرة، ولا يقدر إصدار أحكام مبنية على الواقع، ويتركز تفكيره حول الذات، ولا يكون قادر على إدراك التضاد.

والقسم الثاني يطلق عليه **بياجيه** مرحلة الإلهام أو الحدس وهو يبدأ من سن الرابعة حتى سن السابعة وفيها يكون الطفل قادرا على إدراك العلاقات بين الأشياء، ويبدأ في إدراك الواقعية، ويكون قادر على الاحتفاظ بالواقع كما هو حتى لو تغير مظهره، فهو يدرك أن العجينة التي يلعب بها ويشكل الأشكال منها تبقى محتفظة بحجمها وإن اختلفت الأشكال التي تتشكل بها. (عزيز سماره وآخرون، ب س، ص 45).

المرحلة الإجرائية: (مرحلة العمليات المحسوسة)

وتمتد من سن السابعة حتى الحادية عشر أو الثانية عشر، حيث يكون الطفل فيها قادرا على استخدام الاستنتاجات لحل المشكلات المحسوسة حيث يتعلم التقديرات والتقريبات ويتمكن

من استخدام مفاهيم الحجم والوزن والطول، ويصبح قادرا على أن يصنف الأشياء حسب حجمها، ويكتسب مفاهيم الاحتفاظ بصفة خاصة، كذلك يفهم الطفل بعض الخصائص العمليات المنطقية، كما يبدأ اللعب المنظم القائم على القواعد والقوانين ويبرز الحكم الأخلاقي. (علي فاتح الهنداوي، 2002، ص 140).

مرحلة العمليات الشكلية: (من 11-14 سنة)

ويظهر في هذه المرحلة الاستدلال الرمزي أو المجرد، ويستطيع في هذه المرحلة معظم الأطفال وضع الفرضيات واختبارها والتعامل مع المشكلات وتطوير الإستراتيجيات المناسبة لحلها. (صالح محمد علي أبو جاد، 2004، ص 164).

3-الطفولة المتأخرة:

3-1-تعريف الطفولة المتأخرة:

تبدأ هذه المرحلة من سن 9-12 سنة، وهي آخر مرحلة من مراحل الطفولة حيث تسبقها مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة الطفولة المتوسطة، وفيها تتسع الآفاق العقلية المعرفية للطفل ويتعلم المهارات الأكاديمية المختلفة، كما يتعلم المهارات الجسمية، تنمو قدرات الطفل العقلية بشكل واضح، وتتضح في هذه المرحلة كذلك فردانية الطفل وسعيه نحو اكتساب اتجاهات سلمية نحو ذاته، وتتسع دائرة علاقاته الاجتماعية فينظم إلى جماعات جديدة، وتزداد استقلاليته عن والديه وأسرته. (سامي محمد معلم،2004، ص 264).

3-2-مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة:

النمو الجسمي والحركي:

يطرأ على الطفل في هذه المرحلة مجموعة من التغيرات الجسمية فمرحلة الطفولة المتأخرة فترة نمو بطيء وموحد تقريبا تتغير فيها نسب الجسم فيتناقص سوء توزيع النسب الشائعة في المراحل السابقة للنمو، بالرغم من أن الرأس يظل أكبر نسبيا إذا قورن بباقي أجزاء الجسم، وفي هذه المرحلة يفقد الطفل معظم أسنانه اللبنية وما إن يبلغ نهايته في هذه المرحلة تكون قد تمت معظم أسنانه الثابته، وخلال هذه الفترة تتسطح الجبهة وتبرز الشفاه ويكبر الأنف وتأخذ شكلا محددا، وهذه التغيرات تغير الصورة التي عليها مظهر الطفل في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة وكذلك بالنسبة لوزن الطفل في هذه الفترة فإن الزيادة فيه تكون بطيئة وموحدة، ويحب على الآباء الوقوف على طبيعة هذه المرحلة وخصائصها الجسمية حيث إنها تعتبر ومرحلة هامة جدا لأنها بمثابة الإعداد لدخول المرحلة التالية وهي مرحلة المراهقة ومن هنا يجب على الآباء الاهتمام بالحاجات الجسمية لما لها من أهمية بالغة للطفل وينعكس ذلك على نموه من الناحية الجسمية . (قديسي فدوي وبوحوش وداد،2007، ص 29).

النمو الحركي:

يمارس الطفل في هذه المرحلة نشاطات حركية معقدة مثل الألعاب التي تشتمل على الجري والمطاردة وركوب الدرجات، كما يمارس الألعاب الرياضية المنظمة، وذلك بسبب زيادة مستوى توافقه الحركي العضلي. (رمضان محمد،2000، ص32).

لابد من الاشارة أن النشاط الحركي يأخذ شكلا وسيرا آخر كلما إقتربت نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة عند الأطفال ذكور وإناث الأمر الذي يستدعي الانتباه والمتابعة من قبل الآباء والمربين والموجهين والمدرسين من اختصاصي علوم اجتماعية ونفسية وكذا أنشطة رياضية وتنمية مواهب، وهي قليلة جدا في البلاد العربية وغير معمول بها، ولذا فإنه يلاحظ فروق في نشاط الصبيان والبنات من خلال رصد الأنشطة التي يفضلها كل فريق، فكون الصبيان البنين يميلون إلى اللعب المنظم الذي يحتاج إلى جهد عقلي كبير وتركيز ذهني سريع أثناء اللعب مثل لعب كرة القدم، أما الاناث فيلاحظ عليهن الميل نحو ممارسة الألعاب والهوايات التي

تتميز بالدقة في التنظيم كحركة الرقص الإيقاعية مثلا، ولابد من الاشارة إلى أن النشاط الحركي للطفل في هذه المرحلة تؤثر عليه عوامل مختلفة مثل :

- نضوج الطفل الجسمي.
- شخصية الطفل.
- فوز الطفل أو فشله.
- العامل الاقتصادي.

- العرف والعادات والتقاليد السائدة في بيئته. (عبد المجيد الخليدي وكمال حسن وهبي،1992، ص ص 47 48).

النمو العقلي:

يتمثل النمو العقلي في مرحلة الطفولة المتأخرة، أن الطفل يأخذ في الانتقال من مرحلة الخيال واللعب الإيهامي غلى مرحلة الواقعية والموضعية فاتصاله بالعالم المحيط به يزيد من مدركاته الحسية لعناصر البيئة التي يعيش فيها كما ان القوى العقلية تأخذ في النضج كالتذكر والتفكير والربط والقدرة على التصور، كذلك تزداد قدرة الطفل على الانتباه الارادي لكنه إلى مساعدة من حيث مراعاة الدرس واستخدام وسائل الايضاح التي تعين على فهمه للدروس، وذاكرة الطفل في هذه المرحلة ذاكرة قوية قادرة على استيعاب الكثير مما يصل إليها وقادرة أيضا على الاحتفاظ بالمعلومات أطول مدة ممكنة وتساعد قوة الذاكرة على كثرة المران والتكرار مما يؤدي بالطفل إلى إتقان الكثير من المهارات العقلية. (سهير كامل أحمد، 1998، ص 60).

في هذه المرحلة يستطيع التفكير باستخدام المعلومات التي يعرفها والتي يدركها إدراكا مباشرا كما يصبح أكثر مرونة في استخدام هذه المعلومات، ويصبح أكثر تركيزا على استعادة الأحداث الحقيقية في صورة فكرة، كما انه يتسم بالقدرة على إدراك التحويلات والتي إلى ت.غيير الشئ من حالة إلى حالة أخرى كما انه يتميز بالتصنيف للأشياء وأيضا القدرة على التسلسل التي يقصد بها القدرة على ترتيب الأشياء تبعا لمتصل كمي كما أنه يستطيع التعامل مع المكان والزمان بسهولة. (نفس المرجع السابق، ص 61)

كما أن مرحلة الطفولة المتأخرة تتميز من حيث النمو العقلي بأنها أيضا فترة خاصة في حياة كل شخص لأنها فترة هامة للتعليم حيث يمكن للطفل أن يتعرف على العالم الخارجي ومعرفة ما هو متوقع من المجتمع، أنه لا بد لكي يتحقق هذا التعليم يجب توفير جو من الحرية والسعادة للطفل وأن يبعد بقدر الإمكان من القلق والتوتر. (فتيحة كركوش، 2010، ص 120).

النمو الانفعالي:

يكون الطفل في هذه المرحلة في حالة نسبية مستديمة من التطور الانفعالي وتعكس استجاباته الانفعالية كل من حالة جهازه العضوي وحساسية هذا الجهاز للتأثر بما يحيط به، كما أن الطفل في هذه المرحلة يكون عديم القدرة على تحويل سلوكه او تعديله ولا يكون ما به من تشبث وإصرار بقدر ما عدم القدرة عل التوقف، كما ان الاطفال الضعاف في الأداء الحركي يكونون هدفا للإظطرابات المزاجية ويمتلكهم السأم والقلق وبذلك تتصف هذه المرحلة بعدم الثبات الانفعالي والتقلب المستمر (قديسي فدوى وبوحوش وداد، 2007، ص ص 41 42).

الطفل في هذه المرحلة يميل إلى فهم ذاته من خلال المصطلحات الخاصة بميوله مثل حبه للأصوات والورود وغيرها من الأشياء التي ترتبط برغباته وميوله، كما أن مفهومه عن ذاته يتضمن صفات متغيرة ترتبط بسمات شخصية وبالقيم السائدة في مجتمعه، مما دفع **ليفسي وبروملي LIVESLEY and BRONLY** إلى القول إن مفهوم الطفل عن ذاته يتغير من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى طبقا لتغير في ميوله وفي رغباته. (ثائر أحمد غباري، 2008، ص 34).

لعل أشهر الانفعالات في مرحلة الطفولة المتأخرة تتمثل في الخوف والغضب والغيرة والاستطلاع والسرور، فبالنسبة لانفعال الخوف يلاحظ أنه في الوقت الذي تتناقض فيه المخاوف من الأشياء المستثارة من الأشياء المحسوسة تزداد المخاوف من الأشياء المتخيلة في الظلام مثل الجن والعفاريت والموت وما يرتبط بها، كما تظهر أنواع جديدة من المخاوف مثل الخوف من أن يوصف الطفل بأنه متخلف فيتعرض للسخرية من أقرانه، و الخوف من الفشل في المهام التي يقوم بها وبذلك تظهر بوادر القلق في هذه المرحلة والتي قد تعود إلى المشكلات في المدرسة أو المشكلات المرتبطة بالتوافق الشخصي والاجتماعي وكذا المشكلات

الصحية، أما انفعال الغيرة فالطفل الذي يشعر بالغيرة من إخوته داخل المنزل قد ينقل هذا الشعور إلى زملائه في الفصل وخاصة الذين يظهرون التفوق أو الشعبية بين التلاميذ، وبالنسبة إلى انفعال الاستطلاع فيتسم في هذه المرحلة بأنه أقل قوة من المرحلة السابقة ويرجع ذلك إلى ان بيئة الطفل أصبحت مألوفة لديه، ويلجا الطفل في هذه المرحلة إلى الأسئلة للحصول على مزيد من المعرفة والمعلومات، كما انه يتعلم القراءة التي تزداد أهميتها بالنسبة للحصول على المعارف والمعلومات. (مصطفى الصفطي وآخرون ب س، ص 2005).

النمو الاجتماعي:

في هذه المرحلة تتطور علاقة الطفل بالأشخاص الراشدين وبالجماعة والثقافة وهذه العلاقات بهذا الشكل تصبح الدعامة الأولى للحياة النفسية والاجتماعية للطفل الذي يتأثر بالأفراد الذين يتفاعل معهم والمجتمع الذي يعيش في إطاره وبالثقافة التي تسيطر على أسرته ومدرسته ووطنه، وتبدو أثار هذا التفاعل في سلوكه واستجاباته المختلفة و في نشاطه العقلي والانفعالي وفي شخصيته النامية والمتطورة، ويتم اتصال الطفل بالجماعات المختلفة التي تؤثر في نموه وتوجه سلوكه، وأولى هذه الجماعات جماعة الأسرة التي تتكون من والديه وإخوته ثم تتسع إلى جيرانه ثم إلى زملائه في الفصل. ومن هنا تنشأ علاقاته بالمجتمع الخارجي. (عزيز سمارة، ب س، ص 21).

الطفل في هذه المرحلة يحتاج إلى ان تكون علاقاته بأسرته وفق أساس محدد يقوم على زيادة إحساسه بالاستقلال ومنحه الحرية الكافية بعيدا عن السلطة الأبوية لكي يعبروا عن ذواتهم الفردية والتعبير عن احتياجاتهم ومشاعرهم الخاصة التي تنعكس بصورة إيجابية على كافات علاقات الجماعات الأخرى في المجتمع. (رمضان محمد القذافي، 2000، ص 220).

النمو الفسيولوجي:

من مظاهره إزدياد ضغط الدم في هذه المرحلة بحيث يستمر حتى سن المراهقة، ويتناقص معدل النبض لديه، ويزداد تعقد وظائف الجهاز العصبي كما تزداد الوصلات العصبية بين الألياف العصبية مع تناقص واضح في سرعة النمو عن المرحلة السابقة، ويزداد وزن المخ ليصل غلى 95% تقريبا من وزنه النهائي في مرحلة الرشد، ويتسارع نمو الغدد التناسلية

استعدادا للقيام بالوظيفة التناسلية إلى أن تصل إلى مرحلة النضج مع بداية مرحلة المراهقة،حيث يبدأ الحيض لدى الاناث مع نهاية هذه المرحلة، وتتناقص ساعات النوم عند الطفل في هذه المرحلة لتصل إلى معدل 10 ساعات يوميا . (عباس محمود عوض، 1999، ص 77).

النمو الجنسي:

يرى علماء النفس أن في هذه المرحلة يتكون لدى الطفل حب الاستطلاع الجنسي وإصرارهم على معرفة وظائف الجسم والفرق بين الجنسين، وقد يميلون إلى القيام ببعض التجارب الجنسية واللعب الجنسي مع بعضهم البعض. (نفس المرجع السابق، ص80)

3-3 خصائص الطفولة المتأخرة:

يجمع علماء النفس أن مرحلة الطفولة لها أهمية بالغة في تشكيل شخصية الفرد فيما بعد، فما يحدث من أحداث وما يمر به من خبرات تؤثر فيه في مرحلة الكبر، فخبرات الطفولة وتجاربها تترك بصمات قوية في مرحلة الرشد، ذلك لأن حياة الانسان سلسلة متصلة الحلقات يؤثر فيها السابق في اللاحق والحاضر في المستقبل ومن أهم مميزاتها نجد حسب الباحث **جنكيز** مجموعة من الخصائص والمميزات التي يتميز بها الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة وهي:

- يستمر نمو الطفل في الاستقلال عند غيره رغبة في تحقيق الذات وسط عالم الكبار حيث يقل اعتماده على غيره في كثير من شؤونه.
- تزداد القدرة والثقة في هذه المرحلة نظرا لنمو الامكانيات الجسمية والعضلية الدقيقة.
- يبدأ بالاهتمام برأي الأصدقاء فيه، أي أن إرضاء الأصدقاء عنه أهم من إرضاء الآباء.
- اكتساب المهارات الأكاديمية في القراءة والكتابة والحساب.
- التوحد مع أفراد نفس الجنس.
- تعلم التفاعل الاجتماعي مع الرفاق وتكوين صداقات. (عصام نور، 2006، ص 97).

تقول الباحثة **ELIZABETHURLOK** أن " في هذه المرحلة الطفل يتعلم المفاهيم الأساسية والتي تعتبر ضرورية لتكيفه مستقبلا. انشغال الطفل في هذه المرحلة بالعمل على

تقبله من طرف أقرانه وأن يصبح فردا من الجماعة، في هذه المرحلة يكون هناك تداخل بين ألعاب الطفل المعتادة والتي تخص المراهقين وتميزهم ". (ELIZABETH HURLOK،1978، p 12).

4-حاجات الطفولة:

يقول الباحث **فاخر عاقل** أنه "بالإضافة إلى الحاجات الجسمية الفيزيولوجية كالحاجة إلى الطعام والشراب، فإن لكل طفل حاجات اجتماعية وشخصية وهي في أغلب الظن حاجات متعقلة ببعضها البعض لكنها حاجات قوية وهامة، وما من طفل يستطيع أن ينمو نموا صحيحا دون تلبية حاجاته هذه، ومن واجب المعلم أن يتفهم هذه الحاجات وأن يعمل على إرضائها عند طلبها". (فاخر عاقل، 1985، ص 101)

من الحاجات الأساسية لدى الطفل نجد:

4-1-الحاجات البيولوجية:

هي حاجات فيزيولوجية ناتجة عن وجود حاجات جسمية لدى الكائن الحي، تحدث تغيرات في توازنه العضوي والكيميائي فينشأ عن ذلك حالة من التوتر تدفعه إلى القيام ببعض الأنشطة التي تؤدي إلى إشباع حاجاته وعودة الجسم إلى حالته السابقة من التوازن والاعتدال فهي عامة لدى جميع الكائنات الحية (الانسان والحيوان) ولها وظيفة بيولوجية في المحافظة على بقاء الكائن الحي واستمرار النوع وكذلك موجودة بالفطرة وليست مكتسبة. (ثائر أحمد غباري، 2008، ص 26).

ومن بينها:

الحاجة إلى الغذاء:

يسعى الطفل بدافع الجوع والعطش إلى إشباع حاجاته من خلال الغذاء الذي يحقق من خلالها اللذة، وهو ينتج عن فقدان الطاقة مما يؤدي إلى ظهور توترات معينة، فإن الحاجة إلى الطعام هي دافع فطري في إشباعه ضمان لبقاء الفرد واستمرارية، وهو مصدر أساسي لتزويد الجسم بالطاقة من خلال عمليتي (البناء والهدم). (أنس شكشك، 2008، ص 63).

الحاجة إلى النوم:

النوم يساهم بشكل كبير على نضج وتوازن النمو خاصة في الأشهر الأولى من حياة الطفل، حيث يأخذ ثلثين من حياة الطفل إلى ثلاث سنوات يأخذ النصف وأكثر من الثلث حتى 13 سنة، حيث ينام المولود الجديد من 19 إلى 20 ساعة في اليوم في فترات تقريبا متساوية و ينقص تدريجيا إلى أن يصل إلى 12 ساعة في نهاية السنة الأولى يتميز نوم الرضيع على أنه حقيقي سطحي حساس للضجيج مرتبط بحالة الشبع والاسترخاء كذلك انطلاقا من 3-4 أشهر يصبح أقل خفة وأقل إرتباطا مع الغذاء وإشباع الرغبات الفيزيولوجية يرتبط أكثر بالظروف العاطفية التي تسيطر على التعرف على المحيط والأم خاصة . (نفس المرجع السابق، ص66).

4-2-الحاجات السيكولوجية:

الحاجة إلى الاحترام وتقدير الذات:

إن كل طفل يريد أن يعترف به وبمكانته وأن ينتبه إليه، إنه يطالب بتقدير معلميه وأهله ورفقائه، هذه المجموعة من الحاجات تتضمن الحاجة إلى أن يكون الفرد قويا وكفؤا وواثقا من قدراته والحاجة غلى ان يكون محترما وأن يفوز بتقدير الآخرين، وإشباع هذه الحاجات يؤمن للفرد الثقة بالنفس، ويبدأ إشباع الحاجة إلى التقدير بما يستشعره الفرد من سلوك الغير نحوه متمثلا في الاهتمام والاحترام والالفة أو الاهمال والتباعد واللامبالاة. (نفس المرجع السابق، ص 71).

تبدأ هذه الحاجات بوضوح في تنافس الطفل على محبة الوالدين وشعوره بالرضا عندما يعطونه عناية خاصة، وتستمر حاجة الطفل إلى تقدير ممن حوله في البيت ورفاقه ومعلمين، فهو يجتهد ويجد ليحصل على تقدير جيد وانطباع حسن من قبل الآخرين واحترام الذات هو الذي يصنعه. (مريم سليم وإلهام الشعراني، 2006، ص 151).

الحاجة إلى الحرية والسلطة الضابطة:

الطفل ليس كائنا سلبيا إلا أنه إذا أجبرناه على السلبية، والطفل يكون إيجابيا وفعالا كلما وجد المناخ المساعد على ذلك، ومن ثم تكون حرية الخطأ أمرا مشروعا اثناء نمو الأطفال، فالطفل في نشأته الأولى في حاجة إلى أن يتدرب على الانضباط وتحكم في سلوكه، ليعرف ما له من حقوق وما عليه من واجبات حتى ينشأ على علم بأن له حقوق تؤدى له، فيجب أن يؤدي ما عليه من واجبات، وإشباع هذه الحاجة للطفل يرتبط بإشباع الحاجة إلى إرضاء الكبار، حيث يرتبط رضاء الكبار بخضوع الطفل للسلطة السائدة في الأسرة وبالقدر ما تكون فيه علاقة الطفل بأبويه علقة محبة وتعاطف بنفس هذا القدر يستجيب الطفل وينمو في الاتجاه المرغوب وينبغي أن يتفق الوالدين معا على سياسة واحدة غير متناقضة إزاء معاملة أطفالهم، فلا ينبغي أن تشجع الأم عملا قام به الطفل في الوقت نفسه ينهر الأب الطفل لأداء هذا العمل. فإتقان الوالدين وتوحد معاملتهما من الأمور شديدة الأهمية في بناء ظاهرة السواء في أطفالهم. (نبيلة عباس الشوربجي، 2002، ص 99).

الحاجة إلى الحب والحنان:

الحاجة إلى المحبة عند الطفل تظهر منذ ولادته الأولى وذلك من خلال حب الطفل للبقاء في حضن أمه، وتتطور إحساسات الطفل بالمحبة من خلال رضاعته من ثدي أمه وإحساسه بدفء جسم والدته ومداعبتها له اثناء الرضاعة وبعدها، والعواطف بشكل عام هي عبارة عن اتجاهات نفسية تتكون عندما ترتكز انفعالات معينة حول شخص او موضوع معين فهي اتجاهات وجدانية. (عبد المجيد الحليدي وكمال حسن وهبي، 1997، ص 72).

تتميز المحبة عند الطفل من خلال اهتمامه بمن يحبه و يداعبه و يشاركه أفراحه وآلمه وللمحبة دور فعال في تطور الطفل النفسي وذلك ان الطفل الذي لا يشعر بالمحبة من والديه قد يخلق لديه شعورا سلبيا لتعويض ما ينقصه وذلك بأن يصاب بانحراف نفسي في سلوكه مثل السرقة أو الهروب من المنزل لعدم شعوره بالدفء والمحبة فيه، وقد يسرق الطفل أبويه أو إحداهما وذلك حسب شعوره، أو يسرق من خارج المنزل أيضا، أما الهروب من خارج المنزل، فهو لشعور الطفل بعدم المحبة والعطف في المنزل فيذهب إلى أصدقاء السوء الذين

عرفوا نواقصه فيشغلونها في توجيه الطفل نحو الانحراف السلوكي والممارسات الشاذة أيا كانت . (زيعور محمد، 1991، ص 70).

الحاجة للأمن:

تظهر هذه الحاجة في حياة الطفل إلى الشعور بالأمن من الناحية الجسمية والنفسية، أي ان الطفل بحاجة إلى الغذاء والدفء في البرد والملبس الخفيف في الحر، وإبعاده عن الأشياء والممارسات الضارة، أما من الجانب الآخر فإن الطفل بحاجة إلى الحماية والاحتماء بوالديه، لذا فإن الطفل بحاجة للأمن من خلال تواجد أمه وأبيه من حوله وبعد ذلك يشعر بالأمن من خلال حماية أقربائه وأصدقائه وأخوته له من أي مكروه، ومتطلبات الطفل للأمن مرتبط بتطور الطفل عقليا، أي أنه كلما ارتفع ذكاء الطفل كلما ازداد وعيه بالأخطار المحيطة به وكذلك المحتملة منها، ووجود الأمن في محيط الطفل وشعوره به يكون له أثر جيد في نمو الطفل وتقدمه في مراحله المختلفة، أما إذا افتقد الطفل الأمان فإنه يصاب بأمراض واضطرابات نفسية كالخوف والقلق وعدم الاستقرار، الامر الذي يولد شعورا بالكراهية من جراء افتقاده للأمن مما يجعله يميل إلى الممارسات السلوكية العدوانية . (عبد المجيد الخليدي وكمال حسن وهبي، 1997، ص 80)

الحاجة إلى اللعب:

تتكشف خصائص شخصية الطفل وقدراته وميوله ورغباته وتنمو وترتقي خلال النشاطات السلوكات المختلفة التي يمارسها، والطفل نادرا ما يمارس نشاطاته بمعزل عن الاطفال الآخرين بل أنه غالبا ما ينفذها معهم وهو يستمتع بهذه الممارسة الجماعية، التي تمكنه في دخول علاقات متعددة ومتباينه تتبع له أن يتعرف عن ذاته أولا وذوات الآخرين الذين الذين يشاركونه هذه الأعمال والنشاطات المختلفة ثانيا، وهكذا ينمو الطفل ويتطور جسديا ونفسيا واجتماعيا وأخلاقيا خلال النشاط وفي رحابه، ولعل اللعب واحدا من النشاطات الهامة التي يمارسها الأطفال في مرحلة الطفولة إن لم يكن أهمها على الاطلاق سواء من حيث الكم او الكيف، إنه النشاط الكلي السائد والمسيطر الذي تجري في اطاره النشاطات الاخرى كافه لما ينطوي عليه من حيوية وجاذبية وما يحققه من متعة وابتهاج وما يتطلبه من حركات وأساليب ومهارات

وقدرات، ويقصد بالنشاط المسيطر ذلك النشاط الذي ينطوي في داخله على نشاطات أخرى متنوعة، فهو مركب من نشاطات كثيرة ومتباينة وفيه تتكون عمليات نفسية وعقلية محددة ويعاد تكوين بعضها الآخر من العمليات التي تتكون من نشاط اللعب كالتخيل والتذكر والتفكير أما العمليات التي يعاد تشكلها وبناؤها في إطار هذا النشاط فهي عمليات التجريد والتعميم والتصنيف، وذلك عن طريق الموسيقا والرسم والرقص واستخدام الألوان والفك والتركيب والقص والتزيين وغيرها من النشاطات الأخرى التي ترتبط أصلا بنشاطات اللعب وتعد جزءا لا يتجزأ منه . (فاضل حنا، 1999، ص 42)

يعد اللعب في الطفولة وسطا تربويا في تشكيل شخصية الطفل وبنائها من جميع الجوانب الحسية والحركية، الاجتماعية والمعرفية وحتى الانفعالية، فهو من ناحية يؤدي إلى تغيرات نوعية في تكوين الطفل النفسي والاجتماعي والمعرفي كما أنه منطلق للنشاط التعليمي والتربوي، إن الطفل في ممارسة اللعب يشبع حاجات كثيرة لديه من أهمها حاجته إلى السعادة والفرح والبهجة التي قلما ما تتحقق له إلا بواسطة اللعب، إن السعادة التي هي مصدر الطفولة وعنوانه ومصدرها اللعب واللعب وحده. (مخول مالك، 1992، ص 250).

4-3-الحاجات الاجتماعية:

تظهر عادة في:

الحاجة إلى الانتماء:

هي حاجة الفرد لصحبة الآخرين لكن الشعور بالانتماء يفوق الوضع العضوي داخل المجموعة حيث أنه يقترن بتيار إدراكي عميق، الانتماء في القيم والقواعد، الأهداف وهوية مجموعة ما، كما يقاس بمعيار العواطف والإرادة. (مرداسي مراد ،2009، ص 104).

الحاجة إلى الاتصال:

إن الاتصالات الانسانية لها وظائف اندماجية وترافق جل عمليات التنشئة حيث يعتبر الاتصال هو أسلوب تبادل ذاتي ووسيلة للتحكم في الواقع ،كما يعتبر وسيلة نضج ونمو وتعلم حركات الانسجام الاجتماعي ،حيث أن الطفل بحاجة الاتصال ضمن نظام تكاملي إنساني

نفسي بفضل سلوك التعلق والاشتراك في العلاقة الوالدية التي تعتبر مرجع ضروري للاتصالات، فالاتصالات ضرورية لنمو الطفل فهي ترافق كفاءاته الوجدانية والاجتماعية ونموه الحسي، ومجال الاتصال يمكن الطفل من التعرف على نفسيته وهيكلته وذاتيته ويمكنه من الانتقال إلى مرحلة جديدة ،فله أثر على تكوين الفرد وتعينه داخل خطوط توزيع الأدوار والمراكز، فقد ينعدم الفرد بدون اتصالات،خاصة الطفل الذي يحمل في كيانه النفسي والعضوي مراجع الحير وصراعات مكبوتة ورغبات متناقضة. (مرداسي مراد ،2009، ص 105).

4-4-الحاجات الذهنية:

أهمها:

الحاجة إلى التفوق والنجاح:

نجاح الطفل له اهمية كبرى في جعل الطفل يواصل تقدمه ويحسن من سلوكه وكذلك يحسن ما يقوم به من دراسة وأعمال فنجاح الطفل وتفوقه يخلق لديه الثقة بالنفس،وإذا كان هذا هو دور نجاح الطفل وتفوقه،فإن تعرض الطفل للفشل يخلق لديه شعورا بالنقص وعدم الثقة بنفسه الأمر الذي يولد لديه شعورا بالقلق، إن موضوع نجاح الطفل وتفوقه أمر محبب وجيد ولا غبار عليه،وهو ما يريده الوالدين لأبنائهم،و هم يبالغون في ذلك ويضعون الطفل في موضع لا يحسد عليه،فإذا ما تعرض الطفل لأي نكسة أو عدم مقدرة في تحصيل ما يوده والديه منه من نجاح وتفوق،فإنه يصبح شبه مرفوض من قبل الوالدين وهذا النوع من المبالغة وعدم الموضوعية من الآباء يجعل الطفل يشعر بالخيبة والإحباط والفشل ويقوده إلى عدم ثقته بنفسه، ومن ثما فإنه لا بد ان يكون الآباء موضوعيين ومعقولين في فهمه لمستوى طفله ومدى معارفه ،وما يطلب من تحقيقه وفق عمره الزمني والعقلي وكذلك وفق الامكانيات المتاحة للطفل مع مراعاة ظروفه النفسية ونموه وتطوره . (عبد العزيز القوصي،1999، ص ص 132 133).

4-5-الحاجات الروحية:

من أهمها:

- **الحاجة إلى الدين:**

هذه الحاجة يتولد عنها لدى الطفل الميل للطاعة والعمل الصالح والعبودية بكل صورها. (عبد المجيد خليدي وكمال حسن وهبي ،1997، ص 90)

- **الحاجة إلى التأمل:**

هي ضرورية لزيادة الايمان والتحفيز وتنشيط الذهن والقدرات الإدراكية. (نفس المرجع السابق، ص 90).

- **الحاجة إلى المتعة والجمال:**

لها أثر على نفسية الفرد وشعوره بالارتياح والبهجة والسرور. (نفس المرجع السابق، ص 90).

5-مشكلات الطفولة:

تختلف المشكلات والاضطرابات التي تصيب الطفل في شدتها وعنفها، كما تختلف في قابليتها للشفاء او عدمه (مستعصية) فهناك الاضطراب البسيط الذي لا يعوق دون مواصلة العمل والنشاط الاجتماعي، ويظهر هذا الاضطراب في صورة انحراف خفيف أو مشكلة سلوكية، كما يتعرض له الكثير من الأطفال كقضم الأظافر والتبول اللإرادي أو فقدان الشهية للطعام أو السلوك العدواني الإنسحابي مثل الميل للانطواء وقد تتخذ هذه المشكلات صور عدة.

فيما يلي نستعرض بعض مشكلات الطفولة:

الشعور بالنقص:

هو حالة وجدانية شعورية يدركها الفرد إدراكا مباشرا نتيجة نقص جسمي أو عقلي أو اجتماعي حقيقي، يبدو في سلوك الفرد في صورة ارتباك أو خجل أو تردد أو حساسية أو ميل للانطواء، والشعور بالنقص ليس شعورا شاذا إلا إذا زاد عن حده. (نبيلة عباس الشورجي، 2002، ص 52).

نوبات البكاء:

إن أول شيء يبدأ به الإنسان حياته هو البكاء، وهو تعبير عن الشعور الشديد بالعجز المطلق تجاه الواقع الجديد، والبكاء هو دليل على وجود ما في نفس الطفل، أي أنه لابد من سبب للبكاء، لكن البكاء الزائد عن الحد يعني سوء معاملة الطفل إما بحرمانه من العطف والشعور بالاطمئنان أو لعدم تدريبه على الاعتماد على نفسه وممارسة ما يتعلمه، أو بالعكس أي استعمال الشدة والصرامة معه، والواجب علينا أن نعامل الطفل بالحكمة واللطف والحلم، وان نمسح دموعه ونشعره بالأمان عند شعورنا بحاجته إلى ذلك. (علي السيد خليفة، 2001، ص 30).

نوبات الغضب:

يعد الغضب أكثر الانفعالات الشائعة بين الأطفال والغضب من السهل استثارته لدى الأطفال فيبدو واضحا عندما تعلق رغبات الطفل او تعلق حركاته، ويغضب الاطفال أيضا عندما يتدخل الكبار في إعاقة نشاطهم وتقييد حركاتهم ويغضب أيضا عندما يحرم من اللعب او عندما لا يصطحبه اوبه في نزهة أو عندما يحاول الطفل القيام بعمل ويفشل فيه،ويعبر عن غضبه بالصراخ والبكاء ولطم الوجه أحيانا وركل ورفس الأرض بقدميه والتمرغ في الأرض وبالتمرد على الكبار وعصيان أوامرهم والغضب يحدث نتيجة صدام شخصية الطفل النامية المتطورة مع إرادة الأهل ورغبة الطفل المتزايدة في اظهار قدراته ونظر الناس إليه وأن يسير حسب رغباته وهذا ما قد يوقعه في مشاكل وأزمات وخاصة إذا كانوا أهله من النوع المتزمت الصارم، والغضب يكون طبيعيا إذا لم يكن فيه إسراف لأن الطفل الذي لا يغضب على الإطلاق غير طبيعي يمكن ان يكون طفلا بليدا أو غبيا لأن الطفل الطبيعي لا بد أن يظهر بوادر لفرض إرادته . (نبيلة عباس الشورجي ،2002، ص 66).

العناد:

العناد سلوك يعبر عن نزعة عند الطفل إلى مخالفة الوالدين وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم إنه تأكيد الذات يحمل إلى حدا ما طابعا عدوانيا تجاه الوالدين، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم، والمعارضة للوالدين هي جوهر ما نسميه "عنادا" إذ

انه عبارة تبخيسية بحق الطفل تنقل وجهة نظر الطرف المسيطر الذي يسمح لنفسه لمجرد كونه المسيطر (الوالدين) أن ينفرد بتقييم سلوك الطرف الأضعف (الطفل) وأن يضفي على هذا السلوك أحكاما مطلقة نابعة من رؤيته الأحادية للأمور، والعناد كحالة طبيعية يظهر عند الطفل إلى منتصف السنة الثانية ويبلغ ذروته فيما بين الثالثة والرابعة،ولكنه إذا أسيئت ضروب التصرف إزاءه من جانب الآخرين وبخاصة الأبوين ترسخ في سلوك الطفل فيلازمه في حياته المدرسية بشكل غير مقبول وهذا يكون مصدر إزعاج في المدرسة . (ياسر يوسف إسماعيل ،2009، ص 62).

- القلق النفسي:

إن جميع الأطفال يشعرون بالقلق، فهم يواجهون مشاعر ومواقف غريبة وجديدة، تتطلب وقتا حتى تصبح مألوفة لهم، كما أن لهم رغبات يعجزون عن إشباعها لقصور نضجهم الفزيولوجي وينتابهم نوبات قلق عنيفة عندما يتعرضون لمواقف انفعالية مؤلمة أو صدمات وتجارب مريرة فيشعرون بالألم والاكتئاب، فينبغي على الوالدين عرض طفلهما على طبيب نفسي قبل أن يستفعل الألم ويزداد القلق ويتعقد ويصعب علاجه. (نبيلة عباس الشوربجي، 2002، ص 50).

الغيرة:

هو انفعال يعيشه الطفل ويحاول في بعض الأحيان إخفاء المظاهر الخارجية التي يمكن ان تدل على هذا الشعور ونجدها بنسبة أكبر بين الأطفال المتقاربين في السن، وأن الطفل الكبير أكثر غيرة من الأطفال الذين يأتون بعده وقد يحدث أن يغير الطفل الصغير من الطفل الكبير وذلك في الحالات التي يميل فيها الآباء إلى مقارنة الطفل الكبير بأخيه الأصغر الذي يكون أكثر منه ذكاء أو اجتهاد او طاعة، وتختلف الغيرة عن الحسد لأن الحاسد يحسد آخر على شئ يمتلكه هذا الشخص ولا يمتلكه هو أما الغيور فإنه يغير لأنه يملك شيء ما ويخشى أن يأخذه غيره منه . (علي السيد خليفة ،2001، ص 32)

حالة الاكتئاب:

هي شعور مؤقت بالحزن ويعتبر استجابة مناسبة لحدث محبط أو هو الشعور العميق بالحزن والعجز الذي يمر به بعض الأفراد بعد فقد عزيز أو حبيب، والاكتئاب النفسي أكثر

شيوعا بين الناس وشائع الظهور بين الأطفال الصغار ويمكن ان نلمسه من خلال شكواهم بأنهم يحسون بوعكة صحية بدون أسباب أو أعراض مرضية واضحة والأطفال الصغار المكتئبين غالبا ما ينامون ودموع في عيونهم لعدم تلبية الوالدين رغباتهم والتي تتعارض مع رغبات الكبار، إن فقدان الطفل بالشعور بالحب والأمل والانتماء والترابط الأسري،ونبذ الطفل دائما كلها أحداث تعجل بحدوث الاكتئاب النفسي،ولأن اكتئاب الطفل دائم التغيير فنجد انه في حالة الأطفال صغار السن تظهر أعراض الاكتئاب في صور نفسية جسمية،وفي سن أطفال المدرسة الابتدائية تظهر اضطرابات نفسية وجسمية وفي أشكال متعددة من التبول اللاإرادي والخوف من المدرسة،السرقة والكذب والعدوانية والتأخر الدراسي،وعدم التركيز واضطراب القولون . (أحمد محمد الشهري، 2006، ص 74).

الانطوائية:

كثيرا من الاطفال يشبون منطوين على أنفسهم خجولين يعتمدون اعتمادا كاملا على والديهم ويلتصقون بهم لا يعرفون كيف يواجهون الحياة منفردين، وتظهر هذه العيوب واضحة حتى يبلغ الطفل سن دخوله المدرسة أي في السن الذي يجب ان بتصرف فيها مستقلا وأن يواجه الحياة خارج البيت والأشياء التي لم يتعودعليها، ومن المفروض عندما يصل الطفل إلى هذا السن أن يكون قد تهيأ لأن يصبح مستقلا ومستعدا لمواجهة المواقف المختلفة دون تردد أو خوف أو قلق وفي أحوال كثيرة تجد الأم نفسها أمام طفل خجول، خائف، متردد منطوي، ملتسق بها ويعجز تماما على أن يقف موقفا ايجابيا في حياته الجديدة،فالشخص الذي تتاح له في طفولته فرصة الاستمتاع بالحياة الاجتماعية السليمة وتهيئة له أسباب الاختلاط بالناس وعقد الصداقات... مثل هذا الشخص من المستحيل أن يصاب بالاضطراب النفسي أو العقلي حتى ولة كان تعيسا في اسرته، فوجوده خارج المنزل بين أقرانه ومشاركته لأبناء جيله وممارسته الأنشطة المختلفة معهم يزيد بالطمأنينة النفسية التي يفتقدها في منزله، والتربية السليمة التي توفر للطفل السعادة وتعطيعه الثقة بالنفس والإفتخار بما يقوم به من أعمال وجعل الطفل مع الآخرين ممن هم في سنه يقي الطفل من الشعور بالانطواء . (أحمد محمد الشهري، 2006، ص 78).

العدوان:

هو الاستجابة التي تكمن في إلحاق الأذى والضرر بالغير، وهي ضرب من السلوك الاجتماعي الغير سوي يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة كما انها رغبة أو ميل نحو التدمير أو التخريب، وتتخذ العدوانية عند الأطفال الشكلين التاليين:

- "يتمثل السلوك العدواني عند الاطفال الثانية والثالثة من العمر في دفع الآخرين ورفسهم وضربهم بالأيدي والصراخ والعض والهجوم اللفظي إذا كانت اللغة ميسورة".
- "أما أطفال سن الرابعة فما فوق فيستخدمون العدوان اللفظي والبدني، ويلجئون إلى أخذ لعب الآخرين وممتلكاتهم الأخرى أو تدميرها، ومقاومة ما يوجه إليهم من طلبات أو أوامر". (عزيز سمارة وآخرون،1999، ص 180).
- إن السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف به الكثير من الأطفال، ومع ان العدوانية سلوكا مألوفا في كل المجتمعات تقريبا إلا أن هناك درجات من العدوانية بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس مثلا، والبعض الآخر غير مقبول ويعتبر سلوكا مزعجا في كثير من الاحيان يرمي إلى إيذاء الغير أو الذات، إما أن يكون مباشرا موجها نحو مصدر الإحباط سواء كان شخصا أو شيئا أو متحولا وهو موجه إلى غير مصدر الاحباط. (علي السيد خليفة، 2001، ص 20).

الخجل:

الخجل مرض خطير، إذا ما أصاب إنسانا فإنه يعوقه عن مواجهة الحياة ويجعله منطويا على نفسه عزوفا عن الناس لا يجرؤ على معاشرتهم ومخالطتهم، كثير التردد والتهيب والارتباك فإذا ما استبد الخجل في شخصية الإنسان منذ مرحلة الطفولة فإنه يعصب عينيه عن حقيقة قدراته ويجعله أشد الناس تحقيرا لذاته، والخجل أشبه بحجاب كثيف يخفي وراءه الخوف وعدم الثقة بالنفس لذلك تجد المصاب به متعثر الخطى مستنزف الطاقة،مشتت الذهن،تقلقه نظرات الناس إليه،ولا يشغلهم إلا رأيهم فيه، و مع هذا الخجل ليس بالمرض المستعصي على العلاج وأول خطوات العلاج تبدأ بمعرفة العلة أو السبب، وترجع الاصابة به غالبا إلى أحد السببين:

1-سمنة مفرطة أو هزال شديد أو مرض مزمن، وبالتالي يكون عرضة لمركب النقص الذي يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس.

2-العامل النفسي: وفي هذه الحالة تلعب ظروف التربية والنشأة دورا هاما وخطيرا، فتخضع نفس الانسان لنزعات متعارضة ومتصارعة، وتجعله في حالة اضطراب جياش يموه عليه الحقائق ويجعله قليل الانتباه، وقد تدفعه بعض الأحوال إلى استجداء استحسان الناس له ولأفعاله وأرائه، فلا يرضيه بديلا عن سماع عبارات الثناء والاطراء تلاحقه من كل جانب وفي كل مناسبة، وينمي هذا الحرص الشديد في أعماقه شعورا بالحذر والخوف والترقب، ينتهي إلى تمخض نفسه عن خجل يزحف في عقله ثم يشتد ويقوى حتى يصبح وحشا مفترسا. (علي السيد خليفة، 2001، ص 20).

السرقة:

ينمو الضمير عند الاطفال بشكل بطيء كلما ابتعدوا تدريجيا عن اتجاه التمركز حول الذات والاشباع الفوري لدوافعهم، ومن بين جميع المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة تعتبر السرقة إثارة لقلق الآباء حيث يرونها نموذجا للسلوك الاجرامي مما يولد الخوف في قلوبهم، علما بأن السرقة العادية إذا استمرت بعد سن عشر سنوات فإنها على الأرجح تدل على وجود اضطراب انفعالي خطير، الأطفال المضطربون سلوكيا يبدءون بسرقة أشياء بسيطة في المنزل كالطعام والنقود والاقلام والصور، وغالبا ما تكون المسروقات شيئا يؤكل يمكن التخلص منه وقد يكون المسروق يتطلب الاختزان فترة على أمل الاستفادة منه والتمتع به فيما بعد، وقد تكون المادة المسروقة بالإمكان بيعها وأحينا تكون المسروقات ترويجية مثل الصور والمجلات أو نفسية مثل الحلي والذهب وقد تكون الأشياء التي يقبلوا الطفل على سرقتها ذات فائدة استهلاكية مثل الساعات والنظارات. (ياسر يوسف اسماعيل ،2009، ص 63).

الإعاقات:

من أبرز الاعاقات التي تصيب الطفل نجد:

- الاعاقة الجسمية: والتي تنشأ من عدم وجود أحد أطراف الجسم، نقصه، ضعفه أو فقدان وظ–يفتها، كالشلل بأنواعه والتشوهات الخلقية في القلب أو العمود الفقري أو القدمين.
- الاعاقة الحسية: وهي التي تصيب أي من الأجهزة الحسية للطفل مثل "النظر".
- التخلف العقلي: وهذه تتدرج من تخلف بسيط إلى تخلف شديد.
- الاعاقة النفسية: والتي تصيب الأطفال عندما يصطدم النمو النفسي بعقبات وصدمات، لا يستطيع تكوين نفسه بطريقة سليمة، وعندئذ يظهر عند الطفل أعراض وسلوكات غير ملائمة لسنه وربما تتأثر أجهزته العضوية وتتحول غلى حالة مرضية. (فؤاد بسيوني متولي، 1998، ص 20).

6–دور الوراثة والبيئة في نمو الطفل وتطوره:

إن نمو الطفل وتطوره تؤثر فيه عوامل متعددة ومتداخلة وهذا التعدد والتداخل يؤثر كل منهما في الآخر ويتأثر به سلبا وإيجابا ومن هذه العوامل نجد:

1 –الوراثة:

الوراثة هي كل ما ينتقل في جينات الكروموسومات والتي تحدد كثيرا من معالم الشخصية وبنية الإنسان ومدى الاستعداد للإصابة بالأمراض، ويدخل في العوامل البيولوجية الأمراض المكتسبة التي تحدث في الجسم الإنساني، وتنتقل المحددات البيولوجية بالوراثة إلى الفرد من والديه عن أجداده وأسلافه وتعتبر الوراثة من المحددات الأساسية في صفات ومظاهر الشخصية وتلعب دورا في تحديد الخصائص الجسمية للفرد وفي تكوين الجهاز العصبي الذي يشرف على جميع الوظائف العضوية ويؤلف بينهما ويحقق وحدة الفرد وتكامله ويصدر عنه الوظائف العقلية العضوية، محددات الشخصية للفرد تكمن في الوراثة لهذا يرى بعض العلماء أن أبرز محددات الشخصية تعتمد على المحددات البيولوجية، فالعوامل الفيسيولوجية لها تأثير في تكوين الشخصية إن مجرد حجم الشخص يؤثر عليه في علاقته مع الآخرين واتجاهاته

نحوهم واتجاهاتهم نحوه ،وكما أسلفنا الذكر سابقا تنتقل الصفات الوراثية إلى الجنين عن طريق الجينات (المورثات) المترتبة حول الكروموزوم المتواجد بالخلية البشرية وعدد الكروموزومات في كل خلية (46) ستة وأربعون، نصفها من الأم عن طريق البويضة والنصف الآخر من الأب عن طريق الحيوان المنوي والعوامل المؤثرة في نمو الجنين ثم الطفل بعد ذلك يمكن أن تكون الغدد الصماء لها تأثير كبير على النمو إما على المستوى الجسمي أو على المستوى العقلي. (عبد المجيد الخليدي وكمال حسن وهبي، 1997، ص ص 120،121).

تبرز العلاقة بين التركيب الجسمي والشخصية في أن وظائف الأعضاء تؤثر في نمو الشخصية ،كما أن التوازن في إفرازات الغدد يجعل الفرد شخصا سليما نشيطا ويؤثر تأثيرا حسنا في سلوكه بشكل عام،وتؤدي اضطرابات الغدد إلى الاضطراب النفسي والسلوك المرضي،فنقص إفراز الغدة النخامية بسبب تأخر النمو بصفة عامة،ونقص إفرازالغدة الدرقية يؤدي إلى ضعف عقلي، ولقد أكد علم وظائف الأعضاء الفيسيولوجية أن الغدد الصماء لها أهمية بيولوجية حيوية تؤثر مباشرة في نمو وتطور الكائن الحي،وكذلك تنظم الطاقة وعملية الهدم والبناء، وضبط وإتزان الشخصية وإن إفرازات هذه الغدد لها قوة في رفع وخفض مستوى نشاط الجسم أو أعضاء معينة ولها القدرة على ضبط السلوك والتحكم به . (نفس المرجع السابق، ص 122).

2 –البيئة:

البيئة نعني بها كل العوامل الخارجية التي تؤثر على نمو الطفل، إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وهذه العوامل الخارجية هي العوامل المادية والإجتماعية والثقافية التي تحيط بالطفل ويعيش في ظلها، وأسرة الطفل هي البيئة الأولى التي يتأثر الطفل بها من حين نشأته الأولى وهي التي تكسبه مقومات شخصيته الأساسية وتسهم في تحديد أنماطه وسلوكه وأساليبه في مواجهة الحياة.

إذن فالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تشكله اجتماعيا وتحوله إلى شخصية اجتماعية متميزة، ويكسب الفرد أنماط ونماذج سلوكه وسمات شخصيته نتيجة التفاعل الاجتماعي مع غيره من الناس من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، ذلك أن الجماعات

والثقافات التي ينتمي إليها الفرد تلعب دورا رئيسيا في تحديد اتجاهاته، إن الإنسان لا يتكيف مع البيئة حينما ينتقل من مجتمع إلى آخر حيث يختلف أسلوب الحياة بين المجتمعات وغالبا ما تكون مشاكل الشخصية نتيجة لعدم الوفاق بين الفرد والجماعة، ولكن هذا الطرح على البيئة المؤثرة في نمو الطفل وتطوره يظل قاصرا إذا فهم على هذا النحو ذلك أن التأثر بالبيئة يمتدى إلى مراحل أسبق من مرحلة ولادة الطفل وتطوره فأثر البيئة على حياة الطفل قد يكون تأثيره على والدي الطفل قبل تكوينه وذلك من خلال الوضع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للأبوين وما تعرضان له من أمراض كان لها الأثر في تكوين والنمو الجسمي والوظيفي لكل منهما، وكذا يمتد إلى مرحلة الحمل من الأم للجنين وما يكتنفها من ظروف صحية ونفسية واجتماعية، وبمقدار ما تكون هذه الظروف صعبة فإنه تؤثر تأثيرا كبيرا على حياة الجنين ونموه الجسمي والنفسي وهو مازال في رحم أمه، وبعد ولادته يأتي دور بيئة ما بعد الولادة وهي ذات أهمية في نمو الطفل وتطوره ويرتبط بها نوع الغذاء الذي يتناوله الطفل وكميته، ذلك ان للغذاء دورا فعالا في تكوين وتحديد أنسجة جسم الطفل، ففي حالة نقص الغذاء كما وكيف يتعرض الطفل لمرض الهزال وتلين عظامه، وكذا سوء تغذية الطفل تعرضه للإصابة بتخلف العقلي والتأخر الدراسي، ناهيك أنه إذا تعرض الطفل لحالة الانفعال العنيف فإنه يصاب بأمراض نفسية واضطرابات سلوكية . (عصام نور، 2006، ص 80).

هناك ظروف بيئية من النوع الاجتماعي والثقافي تحيط بالطفل من بداية حياته تؤثر في نموه وتطوره وتلعب دورا هاما في تشكيل خاصيته وتكسبه ميوله النفسية والسلوكية ومن هذه العوامل والظروف نذكر التالي:

- مستوى التعليم في اسرة الطفل والمجتمع.
- العرف والتقاليد في محيط الطفل أسريا واجتماعيا.
- ممارسات وسلوكيات أبوي الطفل الحسنة منها والسيئة.
- المستوى الاقتصادي وتوفر الامكانيات المادية بأسرة الطفل.
- مدى توفر مناخ الحرية للطفل من أسرته له ومن المجتمع لأسرته.
- الحب والحنان والعطف بين أفراد أسرة الطفل وكذا نصيبه منه.
- مدى توفر التكامل الأسري والاجتماعي حول الطفل. (عصام نور،2006، ص82).

خلاصة:

إنطلاقا مما سبق نتوصل إلى القول أن مرحلة الطفولة مرحلة جد حساسة في حياة الفرد حيث إن مختلف الخبرات التي يعيشها في هذه المرحلة قد تنعكس عليه على شكل مشكلات نفسية، والتي إذ لم تأخذ بعين الاعتبار في بداية ظهور جذورها الأولى فيمكن أن تتعقد أكثر وأكثر إلى أن تصبح إضطرابا حقيقيا فيما بعد، لذا لابد أن يحظى الطفل بكل الرعاية المطلوبة وخاصة النفسية سواء من طرف الأسرة ككل أو حتى استشارة المتخصصين في هذا المجال وذلك بهدف مواجهة وتخفيف هذه المشكلات لدى الطفل، مع العمل على تحسين الظروف المحاطة به لينشأ سالما.

الفصل الثالث: الطفولة

تمهيد

1- سكري الأطفال النوع الأول.

2- النظام الغذائي.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر جسم الانسان نظام موحد ومتكامل من الأبنية البيولوجية والنفسية، يعمل كوحدة منظمة يتأثر فيها كل عضو بعمل ووظيفة العضو الآخر، فأي خلل يصيب أحد الأعضاء سواء من الناحية التكوينية أو الوظيفة يؤثر بشكل مباشر على العضو ككل، وهذا ما يشكل عائقا أمام طريق جسم الانسان، وخاصة إذا كان العضو المصاب يصعب علاجه أو كان سن الإصابة مبكرا، وهذا ما نجده عند الطفل المصاب بداء السكري النوع الأول الناتج عن عجز في عمل البنكرياس، مما يحتم على الطفل الحقن الدائم والمستمر لمادة الأنسولين وكذا إتباع نظام غذائي خاص محدد الوجبات من حيث الكمية والنوعية بهدف تعديل نسبة السكر في الدم، وفي نفس الوقت نفسه قد تؤثر هذه القواعد والضوابط على سير النمو الجسمي والنفسي للطفل.

وفي هذا الفصل سنتعرف على سكري الأطفال النوع الأول من عدة جوانب كما نتطرق لموضوع النظام الغذائي ما هو وما أثره على الطفل وما هو دور الأسرة في متابعته.

I. سكري الأطفال النوع الأول:

1-تعريف سكري الأطفال النوع الأول:

وهو ما يسمى النوع المعتمد على الأنسولين (IDDM) (Insuline. Dépendent. Déabetes.Mellitus)، ويحتاج مرضى هذا النوع من السكري إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية وذلك لمنع تكوين و ارتفاع الأجسام الكيتونية في الدم والمحافظة على الحياة، ويعود سبب هذا النوع من المرض إلى تأثير عدة عوامل مجتمعة كالعوامل الوراثية والبيئية والمناعية . (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص 28).

كما يعرف أيضا على أنه " الحالة التي يتوقف فيها البنكرياس على افراز الأنسولين الذي يحتاجه جسم الطفل، حيث يكون نظام المناعة (الدفاع) في الجسم قد دمر الخلايا التي تنتج الأنسولين وكنتيجة لذلك لا يتم انتاج أي أنسولين من قبل البنكرياس. (مرفت عبد ربه، 2010، ص 22).

2-التفسير العلمي لسكري الأطفال النوع الأول:

إن مكان الخلل في مرض سكري الأطفال النوع الأول في غدة البنكرياس، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للأنسولين هو أنه يساعد على استخدام الجلوكوز واستهلاكه من قبل خلايا الجسم، وعندما نفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكر. (لماضة محمد، 1999، ص 31).

- **غدة البنكرياس:**

غدة البنكرياس هي المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهي إحدى الغدد المزدوجة (قنوية / لا قنوية) والتي تحدد نسبة إفرازها للأنسولين حسب وضع الجسم ويتدخل العصب الحائر في تكييف ما يلزم إفرازه من الأنسولين للجسم، يبلغ طول غدة البنكرياس (14-18 سم) وتمتد أعلى البطن على شكل منشور فوق الإثني عشر من الأعماء الدقيقة وراء المعدة مباشرة. (عبد المالك شفيق، 1972، ص 24).

- **هرمون الأنسولين:**

الأنسولين هو هرمون بروتيني الأصل تفرزه خلايا بيتا في البنكرياس، ويتأثر إفراز الأنسولين بزيادة أو نقصان الاستجابة لعدة أمور منها، زيادة إفراز هرمونات خاصة منها الأدرينالين وهرمون النمو وغيرها، فهي تؤدي لزيادة احتياج الإنسان للأنسولين وكذلك الاضطرابات الانفعالية وأيضا السمنة تتطلب زيادة إفراز الأنسولين، أما المجهود العضلي والحمية الغذائية يقللان من إفراز الأنسولين، ويلعب الأنسولين دورا مهما في تعديل نسبة الجلوكوز في الدم. (تفس المرجع السابق، ص26).

3-أسباب سكري الأطفال النوع الأول:

إن السبب الدقيق لمرض سكري الأطفال النوع الأول غير معروف، ما يعرفه العلماء أن في معظم الأشخاص المصابين بهذا المرض يكون النظام المناعي الخاص بالجسم المسؤول عن التصدي للبكتريا والفيروسات يمكن أن يدمر بالخطأ الخلايا المنتجة للأنسولين في البنكرياس وتلعب الوراثة أيضا دورا في هذه العملية، وكذلك التعرض لفيروسات معينة يمكن أن يثير المرض. (إبراهيم محمد صلاح الدين، 1993، ص 62).

ويمكن أن نلخص أسباب الإصابة بسكري الأطفال النوع الأول في نوعين من العوامل وهي:

3-1-عوامل الخطر المحتملة:

التعرض للفيروسات: يمكن أن يؤدي التعرض للفيروسات مثل **Vrus Epstein Barr**، التهاب الغدة النكافية، فيروس كوكساكي، الفيروس المضخم للخلايا، إلى تدمير المناعة الذاتية لخلايا البنكرياس **The ISLET cells**، أو يمكن للفيروس أن يصيب هذه الخلايا مباشرة. (عطية موريس، 1993، ص 43).

إنخفاض مستويات فيتامين " د " " D " :

تشير البحوث إلى أن فيتامين " د " يمكن أن يقي ضد الإصابة بمرض السكري النوع الأول، غير أن التناول المبكر لحليب البقر وهو المصدر الشائع لهذا الفيتامين مرتبط بتزايد خطر الإصابة بهذا المرض. (لماضة محمد، 1999، ص 32)

العوامل الغذائية:

شرب الماء الذي يحتوي على النترات، هذا العامل يمكن أن يزيد من خطر الإصابة بهذا المرض.

التوقيت المبكر لإدخال الحبوب في النظام الغذائي للطفل، يمكن أن يؤثر أيضا هذا العامل على تزايد خطر الإصابة بمرض سكري الأطفال النوع الأول وقد وجدت أحد التجارب السريرية أن الوقت الأمثل لإدخال الحبوب في النظام الغذائي للطفل هو بين عمر **7 –9** شهور.

نوع حليب أطفال الرضع، وجدت الدراسة أن نوع الحليب الذي يستهلكه الأطفال الرضع يسهم في خطر الإصابة بالسكري، وقد أشارت هذه الدراسة أنه عندما يعطي الأطفال الرضع في عمر **6 –8** أشهر صيغ خاصة أسهل في الهضم بدلا من الصيغة القياسية لحليب البقر، فإن خطر الإصابة بمرض السكري النوع الأول يمكن أن يتناقص، غير أن الدراسة لم تربط الصيغة القياسية لحليب البقر بتطور هذا المرض. (إبراهيم محمد صلاح الدين، 1993، ص 47)

3–2 عوامل الخطر المعروفة:

لا يوجد الكثير من عوامل الخطر المعروفة لدى مرض السكري النوع الأول، على الرغم من أن الباحثين مازالوا يواصلون البحث في هذا الصدد، وهذه بعض عوامل الخطر المعروفة:

– تاريخ العائلة:

تزداد الخطورة بشكل طفيف عند الشخص الذي أحد والديه أو إخوته أصيب بهذا المرض، في إمكانية الإصابة بهذا المرض. (عطية موريس، 1993، ص 46)

الوارثة:

إن وجود مورثات معينة يشير إلى تزايد خطر الإصابة بالسكري النوع الأول، وفي بعض الحالات، وعادة خلال إجراء بعض التجارب السريرية، يمكن أن تتم الاختبارات الجينية لتحديد ما إذا كان الطفل الذي لديه تاريخ عائلي لهذا المرض هو في خطر متزايد لتطور هذه الحالة. (يونس إبراهيم 2004، ص 58).

4-تشخيص سكري الأطفال النوع الأول:

توجد عدة طرق لتشخيص سكري الأطفال، ولكن معظمها تعتمد على إجراءات وفحوصات مخبرية لقياس نسبة السكر في الدم مع تحديد الأعراض الظاهرية للمرض.

إشارة لتوصيات منظمة الصحة العالمية (WHO،1985) إن هناك عدة إجراءات مخبرية لتشخيص سكري الأطفال هي:

- أن تكون نسبة السكر في الدم أكثر من (200 ملم / 100 ملم) في الوضع العادي للمريض (لا يكون صائما).
- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض الصائم أكثر من (140 ملم / 100 ملم).
- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض بعد سعاتين من تناوله لكمية من السكر (200 ملم / 100 ملم) أو أكثر، ويسمى هذا الفحص " فحص تحمل السكر المأخوذ عن طريق الفم " . (رضوان، 2008، ص 57)

5-أعراض سكري الأطفال النوع الأول:

تتطور عادة أعراض هذا المرض بسرعة على مدى أسابيع، لذلك يجب التحدث مباشرة مع طبيب الأطفال المختص حالما تظهر هذه الأعراض.

زيادة العطش وكثرة التبول:

إن تراكم السكر المتزايد في مجرى دم الطفل يسحب السؤال من الأنسجة مما يجعل الطفل يشعر بالعطش، وبالنتيجة يشعر الطفل بحاجة شديدة لشرب الماء وكذلك التبول أكثر من اللازم.

الشعور بالجوع الشديد:

إن عدم وجود كمية كافية من الأنسولين لنقل السكر إلى الخلايا يؤدي إلى إستنفاذ الطاقة من عضلات وأعضاء جسم الطفل، مما يثير الجوع الشديد لديه.

- فقدان الوزن:

على الرغم من أن الطفل يتناول الكثير من الأطعمة لتسكين الجوع، إلا أن الطفل يمكن أن يفقد وزنه أحيانا بسرعة، فبدون إمدادات السكر الذي يمنح الطاقة للجسم سوف تتكمش الأنسجة العضلية ومخازن الدهون ببساطة، وبالتالي فقدان الوزن غير المبرر هو غالبا العلامة الأولى التي يمكن ملاحظتها.

الشعور بالتعب والإجهاد:

عندما تحرم خلايا الطفل من السكر، يصبح الطفل متعبا وخاملا ويميل للنوم العميق.

الشعور بالإنفعال والسلوك الغير العادي:

قد يصبح الأطفال الذين تم تشخيص حالتهم بمرض سكري الأطفال النوع الأول، مزاجيين وشديدي الإنفعال فجأة.

عدم وضوح الرؤية:

عندما يرتفع سكر الدم للطفل كثيرا يمكن أن تنسحب السوائل من عدسات العين، وهذا قد يؤثر على قدرة الطفل على التركيز بوضوح.

الإصابة بعدوى الخميرة الفطرية:

تصاب عادة الإناث تحديدا، اللواتي لديهن مرض سكري الأطفال النوع الأول، بعدوى الخميرة الذي يصيب الأعضاء التناسلية، وقد تتطور هذه الحالة لدى الرضع الذين يصابون بالطفح الجلدي نتيجة استخدام الحافظات. (عطية موريس، 1993، ص 60)

6-مضاعفات سكري الأطفال النوع الأول:

يمكن أن يؤثر مرض السكري النوع الأول تقريبا على كافة أجهزة الجسم الرئيسية في جسم الطفل بما في ذلك القلب، الأوعية الدموية، الأعصاب، العيون والكليتين، ولكن الخبر السار هو أن الحفاظ أغلب الوقت على مستوى السكر في الدم قريب من المستوى الطبيعي يمكن أن يقلل بشكل كبير من مخاطر هذه المضاعفات التي قد تتطور تدريجيا وإن لم يتم التحكم في مستويات السكر في الدم جيدا يمكن أن تعيق أو تهدد الحياة. (مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010، ص 73).

6-1 مضاعفات قصيرة الأجل:

هناك بعض المضاعفات قصيرة الأجل لمرض السكري النوع الأول تتطلب العناية الفورية، وإذا تركت بدون علاج يمكن أن تسبب نوبات مرضية، فقدان الوعي (الغيبوبة) وهي:

إنخفاض نسبة السكر في الدم (hypog lycemia):

يجب معرفة النسبة التي تعتبر انخفاض بسكر الدم بالنسبة لطفلك، وهناك عدة أسباب لانخفاض مستويات سكر الدم عن المعدل الطبيعي مثل تخطي وجبة معينة، النشاط البدني الزائد، حقن الأنسولين أكثر من اللازم، وعادة ما يحدث نقص سكر الدم بشكل متكرر أكثر باستخدام الأنسولين متوسط الفعالية مثل N P H .

- إرتفاع نسبة السكر في الدم (hyperg lycemia) :

يرتفع سكر الدم لعدة أسباب مثل الإفراط في تناول الطعام، تناول الأنواع الخاطئة من الأطعمة، عدم أخذ ما يكفي من الأنسولين.

إزدياد الكيتونات في البول (الحموضة الكيتونية):

الكيتونات هي أحماض سامة ينتجها الجسم عندما تحتاج الخلايا للطاقة، يبدأ الجسم بتكسير الدهون وينتج الكيتونات. (عطية موريس، 1993، ص 50)

2-6 مضاعفات طويلة الأجل:

- أمراض القلب والأوعية الدموية:

يزيد مرض السكري بشكل كبير من مخاطر إصابة الطفل بمشكلات القلب والأوعية الدموية المختلفة بما في ذلك مرض الشريان التاجي مترافق مع آلام في الصدر (الذبحة الصدرية) والسكتة القلبية، السكتة الدماغية، تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم في وقت لاحق في الحياة. (رضوان، 2008، ص 68)

- مشكلات الجلد:

يمكن للسكري أن يترك طفلك عرضة لمشكلات الجلد، بما في ذلك الالتهابات البكتيرية والفطرية، والحكة. (نفس المرجع السابق، ص 70).

هشاشة العظام:

يمكن أن يقود مرض السكري إلى تخفيض كثافة المعادن في العظام إلى أقل من المعدل الطبيعي، مما يزيد خطر إصابة الطفل بهشاشة العظام في مرحلة البلوغ. (محمد صلاح الدين، 1993، ص 82).

مشكلات الدماغ:

على الرغم من أن السبب الدقيق للعلاقة بين الاثنين ليست واضحة إلى الآن، إلا أن مرضى السكري يزداد خطر إصابتهم بأمراض الخرف والزهايمر. (عبد المالك شفيق، 1972، ص 47).

عدم وضوح الرؤية:

عندما يرتفع سكر الدم للطفل كثيرا يمكن أن تنسحب السوائل من عدسات العين، وهذا قد يؤثر على قدرة الطفل على التركيز بوضوح. (نفس المرجع السابق، ص 49).

تلف الأعصاب (الإعتلال العصبي):

يمكن أن يجرح السكر الزائد جدران الأوعية الدموية (الشعيرات الدموية) التي تغذي أعصاب طفلك وخاصة في الساقين مما يسبب الوخز، الخدر، الحرق، أو الآلام، ويحدث تلف الأعصاب تدريجيا وعلى مدى فترة طويلة من الزمن. (يونس إبراهيم، 2004، ص 67).

أضرار بالكلى (اعتلال الكلى):

يمكن أن يتسبب السكري بتلف العديد من مجموعات الأوعية الدموية الصغيرة التي تصفي المخلفات من دم الطفل، ويقود التلف الشديد إلى الفشل الكلوي أو أمراض الكلى التي لا رجعة فيها في نهاية المرحلة التي تتطلب الغسيل الكلوي أو زرع الكلى.
(Austra liardiabetes Caurcil،2012،16 p)

ضرر العيون:

يمكن أن يتسبب السكري بتلف الأوعية الدموية بشبكة العين (إعتلال الشبكية السكري)، ويمكن أن يسبب هذا الأخير إلى فقدان البصر نهائيا أو إعتام عدسة العين وتزايد خطر مرض الزرق. (رضوان، 2008، ص 70).

ضرر القدم:

يزيد تلف الأعصاب في القدمين وضعف تدفق الدم إليهما من مخاطر مضاعفات القدم المختلفة، وإذا ترك الأمر بدون علاج، فإن الجروح والتقرحات يمكن أن تؤدي إلى التهابات خطيرة. (Maria Collazo-Clavell, 2009, P.29)

7-علاج مرض سكري الأطفال النوع الأول:

يتطلب علاج مرض السكري النوع الأول الإلتزام مدى الحياة في مراقبة سكر الدم والأنسولين، تناول الطعام الصحي وممارسة التمارين المنتظمة حتى بالنسبة للأطفال، ومع نمو الطفل تتغير خطة علاج السكري، فقد يحتاج طفلك على مر السنين جرعات مختلفة من الأنسولين، أو وضع خطط جديدة للوجبات. ومن بين طرق العلاج نجد:

- مراقبة نسبة السكر في الدم:

اعتمادا على نوع علاج الأنسولين الذي يحتاجه الطفل، قد تحتاج إلى فحص سكر دم طفلك و تسجيل النتيجة، وذلك على الأقل ثلاث مرات في اليوم وربما أكثر، ويعتبر الاختبار المتكرر هو الطريقة الوحيدة للتأكد من أن مستوى سكر دم الطفل يبقى ضمن المعدل المطلوب **(يونس إبراهيم، 2004، ص 80)**

المراقبة المستمرة للغلوكوز (CGM):

CGM هو أحدث طريقة لمراقبة مستويات السكر في الدم، حيث يتم فحص مستوى سكر الدم كل بضعة دقائق وهذه الطريقة تستخدم كأداة إضافية لمراقبة سكر الدم وليست بديلا عن الطريقة الأولى. (نفس المرجع السابق، ص 82)

تناول الطعام الصحي:

على عكس التصور السائد لا يوجد نظام غذائي صارم لمريض السكري، فمن غير الطبيعي أن يتقيد الطفل طيلة العمر بتناول أطعمة مملة، وبدلا من ذلك يحتاج الطفل إلى الكثير من الفواكه والخضروات والحبوب الكاملة، أي الأطعمة الغنية بالمواد الغذائية وقليلة

الدهون والسعرات الحرارية، وكذلك التقليل من استهلاك المنتجات الحيوانية والحلويات ليس فقط للطفل لكافة أفراد العائلة أيضا، فدهون تبطئ عملية الهضم مما قد يسبب ارتفاعا في سكر الدم لعدة ساعات بعد تناول الطفل لهذه الأطعمة. (نفس المرجع السابق، ص 83)

ممارسة النشاط البدني:

يقلل النشاط البدني عادة نسبة السكر في الدم ويمكن أن يؤثر على مستويات سكر الدم تصل إلى إثني عشرة ساعة بعد التمارين، وإذا طفلك بدأ بممارسة نشاط جديد، حاول أن تفحص سكر الدم لديه أكثر من المعتاد حتى تتعلم كيف يستجيب جسم الطفل لهذا النشاط، ويمكن أيضا أن تحتاج لتعديل خطة وجبة الطفل أو جرعات الأنسولين لتعويض النشاط الزائد، لذلك حاول أن تشجع طفلك على ممارسة الأنشطة البدنية بانتظام. (يونس إبراهيم، 2004، ص 80).

8-التأثير النفسي لسكري الأطفال النوع الأول:

تبدأ المظاهر النفسية السيئة غالبا من رد الفعل النفسي بعد الإصابة بالمرض، وتتمثل إما بالرفض والإنكار وهو أمر ورد فعل شائع فالبعض من الأطفال قد يتعمد عدم إتباع النظام الغذائي أو الإهمال في العلاج، وهناك أيضا التمرد على العلاج وهو جانب من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالطفل المريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على أكل وشرب ونشاط الطفل، فما من أحد يمكن أن يقبل التحكم الكامل طوال الوقت ولمدة طويلة في تفاصيل عيشته وتذكيره باستمرار بمرضه وأنه مريض سكري، هذا يؤثر تأثيرا سلبيا على نفسية الطفل فقد يظهر عنده حالة الإكتئاب والتأثر النفسي أو الصدمة أو إضطراب التأقلم كما يمكن أن يظهر لديه على المدى الطويل القلق والإكتئاب النفسي الدائم، ويظهر القلق في صورة خفقان ورعشة وبرودة في الأطراف وصداع مع تخوف توقع الأسوأ، وسرعة الإنفعال وعصبية دائمة وآلام عامة، كذلك يقل النشاط الحركي والفكري وتقل شهيته ويضطرب نومه وينعزل وينطوي على نفسه، ولقد أثبتت الدراسات أن الأطفال المصابين بالسكري يكونون عصبي المزاج عن غيرهم من الأولاد الغير مصابين أما في الأطفال من البنات فقد تؤدي إصابتهم بالسكري إلى الاكتئاب والعزلة . (سماح عماش، 2012، ص93).

9-الإدارة الواعية لسكري الأطفال النوع الأول:

يتطلب مساعدة الطفل لإتباع خطة علاج مرض السكري النوع الأول، الإلتزام على مدار الساعة، وكذلك إجراء بعض التغيرات في نمط الحياة، والإدارة الواعية لهذا المرض تقلل المخاطر والمضاعفات التي يمكن أن تكون مهددة لحياة الطفل، وبالتالي يجب أن:

- نشجع الطفل للقيام بدور فعال في إدارة مرضه.
- التأكيد على أهمية رعاية مرضى السكري مدى الحياة.
- تعليم الطفل كيف يختبر سكر الدم بنفسه، وكيف يستعمل حقنة الأنسولين.
- تشجيع الطفل على أن يبقى نشيطا جسديا، وإدماجه في نوادي رياضية أو ممارسة رياضة مفضلة لديه.
- تعزيز العلاقة بين الطفل وبين فريق علاج مرض السكري، لتجنب الحساسية والتهرب من العلاج.
- يجب أن يكون الوالدين إيجابيين في التعامل مع هذا المرض وتعليم الطفل ذلك.
- يجب على الأولياء التعامل مع الطفل المصاب بهدوء وتفهمه والتعامل معه بطرق التشجيع المستمر ويمنع تعنيف الطفل أو الرد عليه بأسلوب غير لائق. (نفس المرجع السابق، ص 95).

II. النظام الغذائي

1-تعريف النظام الغذائي:

يقصد بالنظام الغذائي هو الحصول على جميع العناصر الغذائية الضرورية للجسم، عن طريق تناول الطعام وبالكميات المناسبة لكل عنصر، ولكن لا يوجد في الطبيعة طعام متكامل من حيث العناصر الغذائية فكل طعام يحتوي على بعض العناصر وتنقصه عناصر أخرى، لذا فإن تكامل الأطعمة في الوجبة الغذائية أمر بالغ الأهمية ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا عن طريق دمج مجموعة من الأطعمة مع بعضها البعض للحصول على وجبة متوازنة من الناحية الغذائية، يمارس النظام الغذائي المتوازن دورا هاما في الوقاية من الامراض لا سيما تلك المرتبطة بالتغذية. (محمد كمال السيد يوسف، 2009، ص 08).

كما يعرف أيضا على أنه: ذلك النظام الصحي المعتد على تناول الأغذية حيث يحتوي على أكبر قدر من الفيتامينات والمعادن تليه قدر مناسب من البروتينات ثم أقل نسبة من الدهون الغير مشبعو وأخيرا أقل نسبة ممكنة من الدهون والسكريات والأطعمة عالية الأملاح. (نفس المرجع السابق، ص 10).

2-تاريخ ظهور النظم الغذائية الخاصة بمرض السكري:

لعلاج مرض السكري بنظم الغذائية تاريخ طويل وكما يشير الباحثان **راما شاندران وفيسواناتان (1998)** فإن العلاج بنظام الغذائي لمرض السكري يعود إلى عام 3500 قبل الميلاد في مصر، كما كان مستخدما في الهند من قبل الطبيبين الهنديين **سوشروتا وتشاراكا** منذ اكثر من 2000 عام مضى، ويشير هذان المؤلفان أنه في القرن الثامن عشر أوضح **جون رولو** أن التقليل من السعرات الحرارية في النظام الغذائي لمرض السكري ربما يحد من زيادة السكر في البول لديهم وعلى الرغم من ذلك فربما يمكن القول أن التاريخ الأكثر حداثة للنظم الغذائية الخاصة بمرضى السكر قد بدأ مع **فريدريك ماديسون ألن** الذي أوصى في الأيام التي سبقت اكتشاف الأنسولين بأن لا يتناول الأفراد الذين يعانون من مرض السكري سوى أغذية منخفضة السعرات الحرارية بحيث تمنع حدوث حموضة الدم الكيتونية التي من شأنها أن تؤدي بحياتهم . كان هذا الأسلوب لم يفد في حقيقة الأمر في علاج مرض السكري

وإنما أسهم فحسب في اطالت عمر المرضى المصابين به لفترة محدودة. (نفس المرجع السابق، ص 12).

3-أنواع النظم الغذائية الخاصة بمرض السكري:

نظام بريتكين:

يشمل نظم بريكتين الغذائي على فواكه وخضروات وأغذية مصنوعة من دقيق كامل وما إلى ذلك، ويتميز بارتفاع نسبة الكربوهيدرات فيه ويصاحب هذا النظام الغذائي ممارسة تمرينات رياضية.

- نظام المؤشر الجلايسيمي الغذائي:

يكون من خلال تضمين أغذية منخفضة المؤشر الجلايسيمي في النظام الغذائي للفرد المصاب بمرض السكري يمكن أن يساعد هذا النظام في السيطرة على المرض بشكل أفضل ويعتمد هذا النظام على تجنب الأغذية مثل البطاطس المطهية بطرق معينة غير صحية والخبز الأبيض والتركيز بدلا من ذلك على الخبز متعدد الحبوب والخبز من العجينة المخمر والبقوليات والأغذية المصنوعة من الدقيق الكامل وأنواع الأغذية التي تتحول بشكل أبطئ من غيرها إلى السكر في مجرى الدم.

نظام العصر الحجري:

لقد ثبت أن نظام العصر الحجري يحسن من مستوى تحمل السكر لدى الأفراد الذين يعانون من مرض السكري وقد بدأت تظهر معلومات متعلقة بفوائد نظام العصر الحجري في علاج مرضى السكري.

النظام الغذائي النباتي:

يحسن النظام الغذائي النباتي منخفض الدهون من القدرة على التحكم في مستوى السكر في الدم شانه في ذلك شأن النظام الغذائي الذي تطرحه الجمعية الأمريكية لمرض السكري.

نظام البدائل الغذائية:

في فترة الخمسينات من القرن العشرين وضعت الجمعية الأمريكية لمرض السكري بالتعاون مع الهيئة العامة للخدمات الصحية بالو م أ نظام البدائل الغذائية **the exchang (scheme)**، وكان عبارة عن نظام يسمح للأفراد المصابين بداء السكري بمبادلة الأغذية المتماثلة في القيمة الغذائية (على سبيل المثال الكربوهيدرات ببعضها) بذلك مثلا إذا كان مريض السكري يرغب في الحصول على مقدار أكبر من المقدار المعتاد من الكربوهيدرات من الحلويات يمكن تقليل مقدار النشويات التي يتناولها في الوجبة الأولى، وقد تم إدخال تعديلات على هذا النظام في أعوم 1976 و1986 1995 .

النظام الغذائي منخفض الكربوهيدرات:

لقد أشير إلى أن التخلص من الكربوهيدرات في النظام الغذائي تدريجا والاستعاضة عنها بأطعمة مثل المكسرات واللحوم والحبوب والأسماك والزيوت والبيض والأفوكادو والزيتون والخضراوات، ربما يسهم في مقاومة مرض السكري وهنا ستصبح الدهون هي المصدر الأساسي بإمداد الجسم بالسعرات الحرارية وستقل المضاعفات الناتجة عن مقاومة الأنسولين، ومع ذلك فإنه من المهم ان يكون هذا النظام الغذائي منخفضا في نسبة الدهون المشبعة وتشرح الجمعية الأمريكية لمرضى السكري ذلك فيما يلي : "ترفع الدهون المشبعة مستوى الكلسترول في الدم ويمثل ارتفاع مستوى الكلسترول في الدم عامل خطر الإصابة بأمراض القلب لدى الأفراد الذين يعانون من مرض السكري .

النظام الغذائي عالي الألياف:

لقد تبين أن النظام الغذائي الغني بالألياف له تأثير أفضل من النظام الغذائي الذي اقترحته الجمعية الأمريكية لمرض السكري، في التحكم في مستويات السكر في الدم وذلك بنفس مستوى فعالية عقاقير علاج السكري.

(Regim alimentaire chez l'enfant daietique, 2004, PP, 38 40)

4- النظام الغذائي الخاص بالطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول :

يعتبر أكثر النظم الغذائية التي يوصى بها في الأغلب ذلك النظام الذي ترتفع فيه نسبة **الألياف الغذائية** في حين تنخفض فيه نسبة **الدهون** وخصوصا **الدهون المشبعة**، وتتراوح النسبة الموصى بها بمقدار **الكربوهيدرات** المفترض الحصول عليها يوميا من إجمالي السعرات الحرارية التي يحصل عليها الجسم ما بين **50 إلى 75%**، وقد أشارت دراسة أجريت عام **2006** إلى أن النسبة الموصى بها تتراوح ما بين **40 إلى 65%** وربما يتم حث مرضى السكري على التقليل من الكربوهيدرات عالية **المؤشر الجلايسيني** غير أن ذلك أيضا موضع خلاف (في حالات نقص سكر الدم ينصح المرضى بتناول أطعمة أو مشروبات يمكن أن ترفع مستوى سكر الدم بسرعة، يليها أحد أنواع الكربوهيدرات طويلة المفعول للحد من تفاقم حالة نقص سكر الدم) .

المشكل في النظام الغذائي عند الطفل مريض السكري أنه يجب أن يتبع نظام غذائي حر ولكن متوازن، يبتعد فيه عن الأخطاء الغذائية الكبيرة بمعنى الزيادة في كمية الغذاء أو العجز في التغذية أي تكون الوجبات مقيوسة وموزونة، فقدان التوازن الغذائي يؤدي إلى دوام السكر في الدم وينتج عنه مضاعفات خطيرة مثل النظام الغذائي المقتصر على السكر والذي يؤدي إلى زيادة الدهنيات التي ينتج عنها خطر على صحة الطفل كونه نظام غذائي غير متجانس يؤدي إلى اضطرابات في الأوعية الدموية مما ينتج عنه التهاب في المفاصل، الذبحة الصدرية، ارتفاع ضغط الدم .

أما فيما يخص السعرات الحرارية يجب أن تكون مماثلة كما عند الطفل السليم من نفس السن مع احتساب النشاط الجسمي أو النشاط الرياضي للطفل، ويجب أن تقسم هذه السعرات الحرارية إلى ستة وجبات ولا تكون أقل من أربع وجبات يوميا مع تجنب ارتفاع السكري بمعنى (وجبة غنية بالسكر) أو انخفاض في السكر بمعنى (وجبات متباعدة جدا)، فلائحة الوجبات اليومية عند الطفل المصاب بالسكري يجب أن تكون مقسمة إلى : (فطور الصباح، وجبة الغذاء، وجبة العشاء، مع وجبات بينية خفيفة على الساعة العاشرة صباحا والرابعة أو الخامسة مساءا وإذا تطلب الأمر على العاشرة ليلا) .

نظرا للنمو السريع لجسم الطفل والذي يتطلب منه كميات كبيرة من السعرات الحرارية المقسمة حسب النوعية ومكيفة لحاجات ومتطلبات جسم الطفل مريض السكري وفي الواقع يجب أن تكون السعرات الحرارية مكونة من 50-55% سكريات، 30-35% على الأكثر دهنيات و15% بروتينات، (Le daibet de l'enfan, 2000, P50.52 .)

هيدرات الكربون، تعتبر من أهم مصادر الطاقة للجسم تنتج السكريات بعد الهضم ومن أهم أنواع الطعام المسموح للطفل المصاب بسكري الأطفال بتناولها والتي تنتج سكريات ذات الإمتصاص البطيء نجد: الخبز، العجائن، البطاطة، الخضر الجافة والتي تتحلل جزئيا إلى سكر بسيط يسهل امتصاصه من قبل خلايا الجسم لاستخدامه في النمو وفي إنتاج الطاقة، وفي جميع الحالات يجب تجنب الزيادة بمعنى الطفل المصاب بالسكري لا يجب أن يتناول نفس الوجبة من الخبز والبطاطة والأرز والفواكه مثلا في آن واحد لكن يجب أن تقسم إلى وجبات متعددة وقليلة متحدة مع أنواع أخرى من الغذاء... ويجب التنويه هنا إلى أن استهلاك السكريات ذات الامتصاص السريع خاصة السكريات الخالصة (سكر، عسل، مربى، عجينة الفواكه، مشروبات سكرية، حلوى، كعك..) مسئول عن الارتفاع المفاجئ في الدم الذي قد يؤدي بحياة الطفل.

الشحوم، تعطى للجسم مواد دهنية والتي تستعمل كمصدر آخرى للطاقة بالنسبة للجسم وهذه الأخيرة لها مصدرين حيواني على هيئة: (زبدة، كريمة، شحوم مختلطة باللحم)، ونباتي مثل: (الزيت، المرغارين، زيت الزيتون...) إلى أن الطفل مريض السكري يجب أن تحدد نوعية المأكولات الدهنية المقدمة إليه وذلك لتجنب المضاعفات السلبية الناتجة عنها كانسداد شرايين القلب... ومن الاطعمة المحتوية على الدهون والمتاحة للطفل مريض السكري نجد: (زبادي منزوع الدسم، لحم منزوع الشحوم، الدجاج المشوي...).

البروتينات، وهي من أهم مصادر النمو وتقوية الجسم لدى الطفل وللبروتينات مصادر متنوعة نجدها في الكثير من الأغذية، إلى أن البروتينات المسموح بها للطفل المصاب لاسكري قد نجدها في: (الأسماك، بياض لبيض، العدس، الفول، اللبن منزوع الدسم، جبن أبيض) .

الألياف، ينصح بتناول الأغذية تحتوي على الالياف مثل الفواكه والخضر والخبز الكامل التي تؤخر أو تقلل من هضم النشويات مما يقلل من مستوى السكر في الدم كما أن الألياف تزيد من حساسية الخلايا للأنسولين ومن ثما تقلل حجم جرعة الأنسولين للمريض.

الماء، يسمح للطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول بتناول الماء بكميات حرة ويوصى بالمشروبات التالية:

- الشاي الأخضر، باعتباره ضابط للأنسولين ومنظم السكر في الدم.
- مشروب قشر الفصولياء الخضراء المغلى.
- مشروب الجينسينغ.
- ماء الصودا.

الأملاح المعدنية، يحتاج الطفل مريض السكري إلى المعادن التالية لدورها الحيوي بالنسبة للمريض ولتحسين كفائة الإستفادة من الأنسولين وتنظيم مستوى السكر في الدم:

بيولينات الكروم: يؤخذ بتركيز يتراوح ما بين 400-600 ميكروغرام يوميا، وهو مهم لضبط السكر في الدم.

- الزنك: يؤخذ بتركيز يترواح ما بين 50-80 ملغ يوميا.
- المنجنيز: مهم لإصلاح البنكرياس من 5-10 ملغ يوميا، عامل مساعد للإنزيمات المسؤولة عن تنظيم الجلوكوز.
- المغنسيوم: يوصى بتناوله بتركيز 750 ملغ يوما.
- الكالسيوم: يوصى بتناوله بتركيز 1500 ملغ يوميا.
- النحاس: ذو أهمية خاصة في عملية تمثيل البروتينات وفي الكثير من النظم الأنزيمية يتناول بمعدل 5 ملغ يوميا.

الفيتامينات، يحتاج الطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول إلى تناول الفيتامينات للوقاية من الأمراض وأهمها:

- فيتامين A : 15000 وحدة دولية.

- B complex : 50 ملغ ثلاث مرات يوميا، يؤدي إلى عدم اكتمال التمثيل الغذائي للكربوهيدرات.
- Biotin : 50 ملغ يوميا، يحسن من ميتابوليزم الجلوكوز.
- Inositol : 50 ملغ يوميا، مهم لمنع تصلب الشرايين.
- فيتامين B 12 : ضروري لمنع الفقد الوظيفي للأعصاب.
- فيتامين E : 400 وحدة دولية، للتغلب على تجلط الصفائح الدموية.
- فيتامين C : 3000-6000 ملغ يوميا، للمحافظة على قوة الشعيرات الدموية .

(Le daibet chez l'enfant, 2004, P.P, 60.66)

4-1 الأطعمة التي يمكن تقديمها للطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول:

الطفل المريض بالسكري ينبغي عليه أن يتبع نظام غذائي صحي مليء بالفواكه الطازجة والخضروات واللحوم الخالية من الدهون والحبوب الكاملة، ولكننا سنجد الطفل المريض بالسكري كأي طفل آخر له مفضلاته من الأطعمة مثل المكرونة والجبنة والكفته وغيرها من الأطعمة المليئة بغرامات الكربوهيدرات والدهون ولكن على الأم أن توفر هذه الأطعمة بالشكل الصحي ويمكن إختيار أي من الاطعمة المتاحة لهذا الطفل والموجودة في القائمة على النحو التالي:

1-الإكثار من الفواكه والخضروات مع التنوع ومراعاة الكمية المحددة.

2-أكل الخضروات الغير نشوية مثل السبانخ والفصولياء الخضراء والجزر.

3-إختيار الأطعمة المصنعة من الحبوب الكاملة مثل الأرز البني وخبز القمح الكامل.

4-إدخال في وجبة الطفل البقوليات مثل العدس والفصولياء المجففة.

5-توفر الأسماك على مائدة طعام الطفل مرتين أو ثلاث مرات في الاسبوع.

6-يجب أن يتناول الطفل اللحوم الخالية من الدهون مثل لحم البقر.

7-يجب أن يتناول الطفل منتجات الألبان الخالية من الدسم.

8-يجب أن يكثر الطفل من شرب السوائل مثل المياه والعصائر الطبيعية الغير محلات وتجنب العصائر المحلات والمياه الغازية.

9-يجب أن يطهى الطعام بالزيوت النباتية وأن نتجنب الدهون الصلبة فهذا أفيد للطفل المريض بالسكري ولجميع أفراد الأسرة. (محمد كمال السيد يوسف، 2009، ب ص).

4-1-1 الوجبات البينية الخفيفة التي يمكن تقديمها للطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول:

معظم الأطفال يحتاجون لوجبات خفيفة ما بين الوجبات للحفاظ على مستويات الطاقة لديهم، وبالنسبة للطفل المريض بالسكري فينبغي تقديم وجبات بينية خفيفة صحية لا تزيد من مستوى السكر في الدم وفي الوقت نفسه تعطيه الطاقة التي يحتاجها لمواصلة نشاطه اليومي، ومن هذه الوجبات الخفيفة البينية ما يلي:

1-من مجموعة الخبز: رقائق الخبز، الفشار، قطعة كيك قليلة الدسم بالفواكه، رقائق الفانيلية.

2-من منتجات الألبان: زبادي منزوع الدسم، جبن قليل الدسم، كوب حليب منزوع الدسم

3-من مجموعة الفواكه والخضروات: شرائح التفاح، شرائح الجزر، شرائح الموز، شرائح الخيار، البطيخ، البرتقال اليوسفي، شرائح الخوخ والكمثري، الفرولة، عصير الطماطم وعصائر الفاكهة الطبيعية الغير محلات.

من الملاحظ أن الطفل المصاب بسكري الأطفال النوع الأول لديه العديد من الخيارات الغذائية إلا أنه يجب وبشكل جدي مراعاة وقت وكمية ونوعية تناول هذه الاطعمة. (موسى الزهراني، 2010، ب ص).

5-أهداف النظام الغذائي:

يهدف النظام الغذائي إلى ما يلي:

1-الحفاظ على سكر الدم ضمن المعدل الطبيعي.

2-التحكم في الوزن.

3-التخلص من دهون الجسم.

4-منع أو تأخر ظهور المضاعفات الناتجة عن عدم إنتظام السكر في الدم.

5-الحفاظ على الصحة الجسمية.

6-التمتع بحياة طبيعية لا تختلف عن أي شخص آخر.

(Le daibet de l'enfant, 2000, P.70)

6-المشكلات النفسية والسلوكية للطفل الخاضع للنظام الغذائي:

إن تقيد الطفل بنظام غذائي وتناول أغذية بكميات ونوعيات محددة قد يؤثر على نفسية الطفل وعلى طبيعة سلوكه فمن المحتمل أن يثير لديه:

1-الميل إلى المقاومة مع عدم تقبله للمرض.

2-مشاعر الحرمان والخوف والقلق تجاه الأطعمة.

3-الشعور بالتقيد والملل والضيق.

4-الخوف من عدم المقدرة على أداء المهام يؤدي إلى الإصابة بالتوترات النفسية والإكتئاب.

5-الشعور بالدنية والاختلاف.

6-ظهور سلوكيات مضاد للمجتمع من تدمير للذات أو للغير.

7-الإهمال والاضطراب الغذائي.

8-إضطرابات النوم والمزاج.

9-ظهور سلوك الكذب والسرقة كسلوكيات تعويضية عن الحرمان الغذائي.

10-الشعور بالغيرة والإحساس بالنقص (أمجد جرار، 2008، ب ص).

7-دور الأسرة في متابعة النظام الغذائي للطفل:

للأسرة أهمية كبيرة ودور فعال في متابعة الطفل للنظام الغذائي الخاص به وذلك من خلال:

1-أن تتفهم الأسرة والمحيطين بالطفل ماهية التغذية السليمة للطفل دون حرمانه.

2-عدم إظهار الأسرة صفة الوصاية الكاملة على تغذية الطفل حتى لا يشعر بالضيق والقلق.

3-توعية الأسرة للطفل بطبيعة مرضه وبما هو ممنوع وما هو مسموح بتناوله.

4-إشعار الطفل بأنه شخص عادي لا يشكل مصدر إزعاج للأسرة.

5-التعامل مع الطفل بطريقة محبة وداعمة وزرع الثقة في نفس الطفل من خلال إشعاره بأنه هو المسئول عن غذائه مع مراقبته عن بعد.

6-يجب على الأسرة أن تتبع نفس النظام الغذائي الذي يتبعه الطفل حتى لا يشعر بأنه شخص مختلف.

7-وضع أكل الطفل في أطباق تثير إنتباهه وتحفز شهيته للأكل.

8-وضع وجبات الطفل في أماكن يسهل عليه تناولها بمفرده.

9-تجنب الأسرة الأكل خارج المنزل ومرافقة طفلهم إلى الحفلات وما شابه ذلك.

10-إعطاء الطفل أكبر قدر من المحبة والرعاية والإهتمام ليكون أكثر ثقة بنفسه وبتالي تكون لديه القدرة على التعايش الإيجابي مع ذاته ومع غيره.

11-ضرورة أن يطلع الآباء الأشخاص المسئولين في المدرسة على حالة الطفل وذلك حتى لا يختب النظام الغذائي للطفل داخل أو خارج الأسرة. (موسى الزهراني، 2010، ب ص).

خلاصة:

يعتبر سكري الأطفال النوع الأول من الأمراض التي تصيب الأطفال على وجه خاص ويأتي هذا المرض كنتيجة لأسباب عديدة منها الوراثية والمكتسبة التي تؤدي إلى خلل في وضيفة البنكرياس وبتالي عدم إنتاج الكمية الكافية من الأنسولين مما يصعب على الخلية إستهلاك الجلوكوز الموجود في الجسم الامر الذي يحتم على المصاب الحقن بهرمون الانسولين وإتباع نظام غذائي ولهذا الاخير دور هام وهام جدا في حماية الطفل وفي ضمان سير نمو سليم له فنظام الغذائي الصحي والمدروس من قبل أخصائي التغذية يعطي للطفل فرصة العيش بسلام ويؤمن له الوقاية من الامراض الجسمية إلا أنه لا يخلو من بعض الآثار السلبية التي قد تنجم عليه إن لم تتم إدارته بنجاح من قبل الأسرة.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإطار الإيمبريقي التطبيقي للبحث

1- دراسة استطلاعية.
2- منهج الدراسة.
3- حالات الدراسة.
4- أدوات الدراسة.

1-الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية أو الكشفية كما يتضح من اسمهم تهدف إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها وأبعادها، كما تمكن الباحث وزملائه على الصياغة الدقيقة للظاهرة تمهيدا لبحثها بحثا معمقا في المرحلة التالية، أيضا لكونها تساعد الباحيثين في وضع الفروض المتعلقة بمشكلة البحث التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق. (منسي محمود عبد الحليم، 2003، ص 61).

تعتير الدراسة الاستطلاعية من أهم المراحل الاولى لإجراء البحث العلمي حيث تساعد الباحث في الكشف عن متغيرات الدراسة وعن التغيرات التي يمكن أن يكون لها علاقة بأحد متغيرات البحث أو متغيرات أخرى، كما أنها تسهل للباحث عملية التأكد من صحة توافق المنهج المختار للدراسة مع المتغيرات التي تم وضعها من قبل الباحث وكذلك مدى ملائمة أدوات القياس للدراسة. (حلمي المليحي،2000، ص 64).

إن القام بدراسة استطلاعية أمر ضروري للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث، وبقد الإطلاع وتهيئة ظروف الدراسة وتطبيق الاختبار، قمنا بدراسة استطلاعية بالمؤسسة الإستشفائية أم/طفل تقرت، وذلك بهدف الإطلاع على الحالات المتمثلة في الأطفال الخاضعين للنظام الغذائي ووجدنا أكثر من عشر حالات أبدوا قبولهم في التجاوب معنا.

قد ارتأينا أنه لاستتمام البحث لابد من تحديد بعض الشروط على حالات الدراسة:

- أولا: تحديد السن، من 8-12 سنة (طفولة متأخرة).
- ثانيا: إستثناء فئة المرض المتخلفين عقليا.
- ثالثا: استثناء حديثي الاصابة بالمرض، لأن هذه الفئة لا تخدم الدراسة فنظام الغذئي لا يكون قد أحدث أثاره على الطفل بعد.
- تم إختيار الحالات بالمساعدة من طرف الأخصائية النفسية المتواجدة بالمؤسسة بحكم أنها أدرى بالحالات المتواجدة داخل المؤسسة، فبعد إجراء المقابلة مع المختصة النفسية تم العلم أن أكثر الحالات الخاضعين للنظام الغذائي هم الاطفال المصابين بسكري الاطفال النوع الأول، الذين غالبا ما يأتون للمستشفى بعد الإغماء عليهم من جراء

ارتفاع أو انخفاض نسبة السكر في الدم حيث يتم استقباله من قبل طاقم طبي وتوفير مختلف أساليب العلاج والعناية وحتى الإقامة بالمستشفى إذا استلزم الأمر، وبعد تشخيص الحالة بسكري الأطفال النوع الأول تتم إجلاء عدة مقابلات مع المعني بالحالة وغالبا ما تكون الأم من قبل المختصة النفسية وأخصائية التغذية بهدف التوعية والإرشاد.

- عند بداية الجانب التطبيقي للدراسة تم القيام بإجراء المقابلة مع أم كل حالة وتطبيق إختبار رسم الشخص على حالات الدراسة.

الإطار الزماني: تم تطبيق هذه الدراسة ما بين 2015/12/20 إلى غاية 2016/02/32.

الإطار المكاني: طبقت هذه الدراسة في المؤسسة الاستشفائية أم/طفل بمدينة تقرت حي البدوعات وتضم هذه المؤسسة:

قسم طب الأطفال: يحتوي هذا القسم على عشرة غرف خاصة بإستقبال الأطفال المرضى وامهاتهم أو من ينوب عنهم، وتتوفر في هذا القسم الإقامة الليلة ويسهر أكثر من ثمانية ممرضين وثلاث أخصائي التغذية أخصائي التدليك وأخصائية نفسانية وطبيب أطفال على تلبية حاجات الطفل المريض وعلاجه.

قسم استعجالات الأطفال ويتكون من ستة غرف يتم إستقبال فيها الاطفال المرضى وتشخيصهم وإن وجدو في حالة تستدعي البقاء في المستشفى يتم إرسالهم إلى قسم طب الأطفال.

قسم الولادة: وتوجد فيه أزيد من عشرين غرفة وأكثر من أربعين قابلة وطبيبة أخصائية نساء، تعمل القابلات بالتناوب على مدار أربعة وعشرون ساعة.

إدارة المؤسسة: تتكون من عدة مكاتب تخص أجور العمال وتوظيف العمال واقتصاد المؤسسة ومكتب المدير.

- **الإطار الإنساني:** طبقت هذه الدراسة على ثلاث حالات.

2-منهج الدراسة:

بما أن موضوع الدراسة هو البروفيل النفسي لدى الطفل الخاضع لنظام غذائي فإن المنهج الأنسب لطبيعة هذا الموضوع هو المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة.

حيث يعرف على أنه: "الطريقة الإكلينيكية التي تعنى بتركيز على الحالات الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها، حيث يقوم الباحث بإستخدام أدوات البحث النفسية المختلفة والتي تمكنن من دراسة حالة المبحوث دراسة شاملة ومعمقة حتى تصل به إلى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث. (فرج عبد القادر طه، 2000، ص 91).

يعرف المنهج العيادي أيضا على أنه: "دراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها وقد تدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة وإستخلاص سمات شخصية فرد معين. (حلمي المليحي، 2001، ص 20).

3-حالات الدراسة:

من خلال الدراسة الاستطلاعية تحددت عينة الدراسة في ثلاث حالات بنتين وذكر خاضعين للنظام الغذائي، تتراوح أعمارهم ما بين **08-12** سنة يتمدرسون بالسنة الخامسة ابتدائي والسنة الأولى متوسط، اختيار حالات الدراسة لم يكن عشوائيا فقد كان مبنيا على معايير معينة، متمثلة في السن، الصحة العقلية، أقدمية الخضوع للنظام الغذائي.

4-أدوات الدراسة:

4-1-المقابلة العيادية:

هي مقابلة تجمع بين شخصين أو أكثر تبنى على حوار مرجعي هادف حول موضوع معين في مكان معين تهدف إلى توجيه حديث المريض نحوى أهداف الدراسة أو البحث. (صالح الرشيد، 2000، ص 183).

تستعمل المقابلة حسب **(N.SILLAMY)** كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، إنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الاختبارات السيكولوجية حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها. (بوسنة عبد الوافي زهير، 2012، ص 18).

للمقابلة عدة أنواع حيث إعتمدنا في دراستنا على:

4-1-1 المقابلة العيادية النصف موجهة: هي تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الباحث جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات على المفحوص حيث تكون الأسئلة مغلقة مفتوحة اتعطي الحرية للباحث بطريقة معينة وإعطاء الحرية للمستجيب للمزيد من التوضيح. (حسن مصطفى عبد المعطي، ب س، ص 141).

في هذا النوع من المقابلات يستعد الباحث لتحديد الموضوعات التي سوف يطرحها على الشخص فيضع السؤال بما يتناسب مع فهم الفرد. (محمد حسن غانم، 2009، ص 244).

4-2-إختبار رسم الشخص:

4-2-1 تقديم الإختبار:

لعل إستخدام الرسم المقنن كأداة لدراسة الشخصية عن طريق الإسقاط الذي يتم بأساليب مباشرة أو مقنعة رمزية ودراستها بشكل مدروس، يعتبر أمر جديد في علم النفس الإسقاطي فضل السبق في وضع اختبار مهم هواختبار رسم الشخص يرجع إلى **ماكوفر** حيث اكتشفت حين كانت تقوم بتطبيق اختبار رسم الرجل لقياس ذكاء بعض صغار الأطفال بأن بعض ممن يحصلون منهم على نسب ذكاء متساوية يعبرون أو يسقطون في رسوهم للرجل عن اتجاهات مختلفة. وقد عززت هذه الفرضية بمتابعة تعليقات الأطفال الآنية أثناء رسمهم لصورة الرجل كما قامت بتحسينه بعدأن تأكد لها امكانية صلاحية الاخبار كأداة بدلا من رسم الرجل، حيث جعلته اختبار **رسم الشخص** لكي يصبح أداة إسقاطية أكثر نفعا، كما قامت بوضع هيكل نظري له وركزتمنذ ذلك الحين اهتمامها على دراسة علاقة الرسم بالشخصية، وعلى الكشف عن امكانية أن يعكس صاحب الرسم – المفحوص – سواء كان طفلا أم راشدا صورة جسمه أو ذاته على الشخص الذي يرسمه بشكل مباشر أو رمزي. وقد رأت أن الفرد خلال عملية الرسم يكون خاضعا لتأثير العمليات الشعورية واللاشعورية المتصلة بصورة ذاته، ومن ثم فالشكل الإنساني المرسوم يجب أن يفهم على أنه تعبير عن الأمزجة والتوترات، وعلى أنه وسيلة لإسقاط مشاكل صاحب الرسم، وأسلوبه في تنظيم خبراته كما تنعكس من خلال نسق الجسم، ولتجسيد صراعاته النفسية حول أعضاء هذا الجسم وصفاته كما يراها، كما رأت أنه

عن طريق الرسم يمكن للفرد أن يعبر عن مشاعر قوته أو ضعفه أو عجزه، كما يمكنه أن يؤكد أجزاء معينة ويهمل أو يحذف أجزاء أخرى تبعا لانفعاله بها ومشاعره نحوها. ومن جانب آخر فإن مقاومة الأطفال لرسم الشخصية قد ترتبط بنظرة هؤلاء الأطفال لمفهوم الرجل ومفهوم المرأة ومفهوم الذات فيصور أحدهم الرجل أفضل مما يصور المرأة، أو يصور نفسه أحسن أو أسوأ مما يصور غيره، أو أنه يركز على بعض عناصر الصورة دون بعضها الآخر، فيجتزئ أو يبالغ في أماكن ويهمل أو يتغاضى في أماكن أخرى، حيث يعتبر اختبار رسم الشخص الأول محاولة منظمة لتحليل الشخصية على أساس أسلوب تعبيري إسقاطي كما تركز تفسيرها للرسم على التحليل الكيفي.

4-2-2 مميزات اختبار رسم الشخص:

منذ مدة طويلة واختبار رسم شكل الإنسان هو المفضل لدى الأخصائيين النفسيين كأسلوب لتقييم الشخصية، فهو لا يحتاج إلى أدوات خاصة، ويمتاز بسهولة الإجراء، ويتم تفسيه من خلال نوع من الإدراك العام الذي يشعر معضم الإكلينيكيين أنهم يستطيعونه جيدا، أيضا فإن اختبار رسم شكل الإنسان يزودنا نفسه من خلال تطبيقه مرة تلوى الأخرى لمقياس سهل لمدى التقديم الذي يحدث خلال العلاج النفسي.

يعد اختبار رسم الشخص اختبارا بسيطا، ذا مهمة سهلة لمعظم المفحوصين من المرضى الكبار والأطفال وخاصة صغار الأطفال الذين يحبونه وعادة ما يتعاونون بسرعة تامة في أدائه.

إن اختيار رسم الشخص يمكن تطبيقه بسرعة وسهولة، وهو يستغرق من خمس إلى خمس عشرة دقيقة تقريبا، كما أنه يتطلب أدوات قليلة.

يعتبر اختبار رسم الشخص أحد اختبارات الرسم القليلة الذي يحرص الأخصائي النفسي الإكلينيكي على أن يضمنه في بطارية الاختبارات النفسية.

غالبا ما نحصل من اختبار رسم الشخص على قسط كبير من المعلومات المتعلقة بمفهوم الذات بالقدر الذي نحصل منه أيضا على معلومات من نمط الشخصية وتوجهاتها، ومناطق الصراع.

– يرحب المرضى الصامتون والرافضون للتحدث غالبا بتطبيق اختبار رسم الشخص عليهم، فهو اختبار غير لفظي نسبيا، ولهذا فهو مفيد إذا وقفت اللغة كعائق كما في حالات المرضى غير المتعلمين، وضعاف العقول، والمرضى المتحدثين بغير اللغة الدارجة في الجتمع، والمريض الأبكم، والمريض الخجول أو المنسحب، والمريض الذي يأتي من خلفية ثقافية فقيرة، والذي يشعر بعدم الثقة في قدرته اللفظية، والمريض المتأخر دراسيا، أو ضعيف القراءة الذي أحيانا ما يجد عوائق انفعالية في المواقف اللفظية، وجميع هؤلاء غالبا ما يكون أداؤهم معاقا في معظم الاختبارات اللفظية.

يعتبر اختبار رسم الشخص مفيدا مع المرضى الذين يتسمون بالمراوغة أو الحذر، فهؤلاء المرضى يعطون استجابات لفظية عقيمة في الاختبارات اللفظية، حيث أن لديهم القدرة على فرض كثير من الضبط على تعبيراتهم اللفضية، بينما في اختبار رسم الشخص يعبر المريض عن نفسه بشكل مباشر بدرجة أكبر، وبأسلوب تلقائي مثل هؤلاء المرضى المتسمين بالحذر يكونون واعين لما يجب أن يعبروا به في الاختبارات اللفظية، ولكنهم من المحتمل أن يكونوا أقل تأكدا مما تعكسه تعبيراتهم عن أنفسهم أثناء القيام بالرسم، وهم ربما يكونون أقل ضبطا على معظم هذه الوسائل البدائية من التعبير.

إن اختبار رسم الشخص أكثر ارتباطا بعلم النفس المرضي مقارنة بالاختبارات الإسقاطية الأخرى، حيث وجد أن اختبار رسم الشخص هو الاختبار الأول في البطارية "**Zucker** " التشخيصية الذي يكشف المرض النفسي بشكل مبدئي، ولهذا فهو يعد أداة تنبؤية جيدة.

4-2-3 أدوات إجراء اختبار رسم الشخص:

يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بإمداد المفحوص بورقة بيضاء غير مسطرة مساحة (21 سم×27 سم)، وقلم رصاص مبري جيدا وممحاة، وأن يكون السطح أسفل ورقة الرسم مسطحا وناعما، وأن تكون الإضاءة عليها كافية، وأن يجلس المفحوص جلسة مريحة في حجرة تتسع لحركة الأذرع والأرجل، وأن يستطيع المفحوص أن يضع ذراعه بارتياح على السطح الذي سوف يرسم عليه، ومن المفضل أن يسمح للمفحوص أن يتخذ حالته العادية من الاسترخاء، ويجب ألا نلجأ إلى فرض ظروف فيزيقية معينة على المفحوص.

4-2-4 تعليمة الإختبار:

- أرسم لي شخصا في أحسن صورة.

4-2-5 تطبيق الاختبار:

يمكن تطبيق اختبار رسم الشخص بطريقة فردية أو بطريقة جماعية، وفي الحالتين يجب الالتزام بشروط تطبيق الاختبار النفسي، وخاصة فيما يتعلق بتوفير مكان مناسب يتسع للمفحوصين، وظروف طبيعية مناسبة من حيث الإضاءة والتهوية ودرجة الحرارة، وأن يكون المكان بعيدا عن الضوضاء، كما يجب أن يلتزم الأخصائي بحرفية التعليمات...إلخ. وإذا أعطى الاختبار بطريقة فردية، كما يحدث عادة في العيادات النفسية، فيمكن للفاحص أن يسجل كل ملاحظاته الإكلينيكية عن المفحوص أثناء عملية الرسم ويجب أن يهتم الأخصائي النفسي بتدوين ملاحظاته حول السلوك اللفظي والحركي للمفحوص أثناء فترة الاختبار.

بعد إقامة علاقة تواصل بين الأخصائي النفسي والمفحوص، يطلب الفاحص من المفحوص أن يحكي له فصة عن الرسم ثم يقوم بتوجيه الأسئلة التالية حول الشخص المرسوم:

1- من هو هذا الشخص؟
2- كم عمره؟
3- هل هو صحيح الجسم؟
4- هل هو جميل؟
5- هل يحب أخوته؟

هل صحته جيدة؟

وما إلى ذلك من الأسئلة التي يكيفها الأخصائي وفقا لعمر وجنس المفحوص، كما ينبغي على الأخصائي أن يتابع إجابات المفحوص ذات الدلالات الإكلينيكية.

4-2-6 الاستخدام الإكلينيكي لاختبار رسم الشخص:

وترى (ماكوفر) أن استخدام رسوم شكل الإنسان إكلينيكيا كمساعد تشخيصي أو علاجي أمر مثمر عند تفسير الرسوم في ضوء كل بيانات تاريخ الحالة المتاحة، وأن تحليل رسم شكل

الإنسان فيه إمكانيات أن يصبح أداة دقيقة لبحث الشخصية إذا بذل فيه الجهد البحثي الذي يستحقه كما ذكر أن الدرجة الكمية تمثل انطباع المفحوص عن توافقه في حياته العائلية ومع أولئك الذين يشاركونه في المنزل، والدرجة الكمية للشخص تمثل صورة الذات أو نظرة الفرد التي توافقه الاجتماعي العام وقد يكون الشخص أيضا في الكثير من الأحيان شخصا غير الفرد نفسه، ومن المهم معرفة اتجاه الفرد نحو هذا الشخص حيث أن هناك مجموعة من الخطوات **للتحليل الكيفي** :

1–التحليل الدقيق –خطوة خطوة –للرسم من حيث كل العناوين العامة والفرعية حسب الأبعاد الثلاثة (التفاصيل، النيب، المنظور)، ثم تسجيل كل عنصر يبدو أنه يمثل انحرافا عن المتوسط، وكل عنصر يبدو أن له دلالته لدى المفحوص. وتسمى هذه المرحلة التحليل على خطوات.

2–المرحلة الثانية تسمى الربط بين النتائج، حيث يحاول الفاحص فيها تقييم وتفسير الترابط بين العناصر وتنظيمها لتكوين المفهوم.

3–المرحلة الثالثة هي أن يستخلص من هذا التحليل وربط المعلومات الأساسية عن الشخصية الكلية للمفحوص وتفاعلها الدينامي مع بيئتها ولكن ما ينبغي التحذير منه أن هذا الاختبار الإسقاطي يدخل في مجال علم النفس العيادي الخاص بأعماق الإنسان، وأن العمل في هذه الاختبارات يتطلب خبرة وبصيرة سيكولوجية. (نحوي عائشة، 2014، ب ص).

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة الحالات

1- عرض وتحليل مناقشة الحالة الأولى.
2- عرض وتحليل مناقشة الحالة الثانية.
3- عرض وتحليل مناقشة الحالة الثالثة.
4- مناقشة النتائج على ضوء التساؤل.

1-الحالة الأولى:

تقديم الحالة:

الاسم: لمياء عدد الإخوة: اثنان

الجنس: أنثى الرتبة بين الإخوة: الثالثة (الصغرى)

السن: 11 سنة الحالة الاقتصادية: ضعيفة

المستوى الدراسي: أولى متوسط

الظروف المعيشية للحالة:

الحالة تبلغ من العمر إحدى عشرة سنة، تلميذة في السنة الأولى متوسط، تعيش داخل أسرة مكونة من أم وأخت وأخ أكبر منها سنا، فالحالة هي البنت الصغرى، أب الحالة متوفي منذ عدة سنوات، تعاني لمياء من سكري الأطفال النوع الأول منذ كان عمرها تسع سنوات، تعيش في ظروف مادية صعبة فالأخ الأكبر هو المعيل الوحيد للأسرة حيث أن الام لا تعمل مما حال دون توفر الدواء والأكل في أغلب الأحيان للحالة، لمياء متعلقة بوالدتها أكثر من إخوتها ذلك لأنهم لا يبدو أي اهتمام بحالتها المرضية سواء من الناحية المادية أو المعنوية، كما أنها متأثرة كثيرا بحالتها الصحية والاقتصادية، لمياء لدها صديقة واحدة فقط تفضل الجلوس معها، لا تحب القام بعلاقات اجتماعية، تحب اللون الرمادي واللون البرتقالي، أما عن أمنياتها في المستقبل فهي تأمل أن تكون طبيبة لكي تعالج الناس المرضى والمحتاجين .

ملخص المقابلة مع الأم:

الحالة هي البنت الصغرى في الأسرى كانت ظروف الحمل والولادة طبيعية حيث أن الأم لم تشتكي من أي أمراض خلال الحمل والولادة أما فترة الرضاعة فكانت لمدة ثمانية أشهر.

لمياء تعي جيدا حالتها المرضية لكنها غير متقبلة للنظام الغذائي رغم تقبلها الحقن بالأنسولين ذلك لعدم توفر الأكل اللازم والكافي لها، الحالة تعيش في مستوى إقتصادي متدني

ووسط جو أسري فقير ماديا ومعنويا فعلاقتها بإخوتها علاقة جافة خالية من العطف والدعم، وعند قيام الحالة بأي سلوك غير لائق فإنها تتعرض للضرب من قبل إخوتها، يفرض الأخ الاكبر سيطرته على الحالة وتغلب على علاقته معها طابع القسوة، لا تزول لمياء دراستها بشكل طبيعي بسبب مرضها المستمر مما جعل من مستواها الدراسي يتدنى بشكل واضح، علاقتها بزملائها وبمعلمتها غير جيدة فالحالة تقوم بتصرفات غير لائقة حيث تقوم بتكسير أدواتها وحتى أدوات زملائها وشتمهم من دون سبب، تعبر لمياء عن إستيائها من النظام الغذائي بالبكاء والصراخ كما أنها تحاول سرقة الأكل وتناوله خفية ثم تنكر ذلك، تقوم الحالة بقضم أظافرها بشكل مستمر .

لمياء لديها صديقة واحدة فقط تحب الجلوس أو اللعب معها كما تفضل البقاء في المنزل على الخروج إلى الشارع والاختلاط بالآخرين.

تحليل المقابلة:

لاحظنا بعد إجراء المقابلة النصف موجهة مع الام أن الأم لم تكن متقبلة بإصابة الحالة بسكري الأطفال النوع الأول إلا أنها بعد إعادة التقييم وإستخدام إستراتيجية المهام التي تعتمد على جمع معلومات حول المشكل المتمثل في نوع المرض تقبلت الأم عملية العلاج ويتضح ذلك من خلال قولها "**خفت وقلقت عليها من لول... الطبيب طمنى وفهمني في المرض هذا**"، إلا أن الحالة ورغم وعيها بإصابتها أبدت سلوك عدم الموائمة العلاجية أي عدم الإمتثال لتعليمات الطبيب فيما يخص النظام الغذائي الواجب إتباعه وهذا ما أكدته الام من خلال قولها "**راهي متعبتني في الماكلة شوية**" وذلك بسبب الظروف المادية الصعبة التي حالت دون إستطاعة الحالة على تغيير نمط حياتها.

تعبر لمياء عن حرمانها من الغذاء بالبكاء الذي تستعمله كوسيلة لتفريغ إنفعالاتها وهذا ما بينه قول الام "**إذا ماعطهاش منها تولي تبكي**"، كما تقوم بسرقة الأكل وتناوله خفية كسلوك تعويض لحرمان غذائي ثم إنكار ذلك ويتبن هذا في قول الأم "**تكذب عليا وتقولي ماكليتش**"، فإستعمال الحالة لميكانيزم الإنكار هدفه التخفيف من القلق المرتبط بالضغط الممارس من قبل الأم في رقابتها للنظام الغذائي للحالة.

الحالة لديها إضطراب علائقي مع الأخ الأكبر الناتج عن الإهمال والمعاملة القاسية ضدها بينما تبدي الأم مشاعر الشفقة والتعاطف معها مما يدل على تقييم الأم على الحالة على أنه لديها الشعور بالنقص الناتج عن تدني نظرة الحالة لذاتها ونظرت الآخريين له التي تبرز في قول الأم "**لمياء مسكينة واحد ماراهولاتي بيها**".

تتميز لمياء بالإنسحاب الاجتماعي حيث أنها لا تحبذ القام بصدقات وتكتفي بصديقة واحدة فقط وهذا الإنسحاب ربما يكون ناتج عن نظرتها السلبية لنفسها التي جعلتها تفضل العزلة والإبتعاد عن العالم الخارجي وقضاء أغلب أوقاتها في المنزل وهذا ما يؤكده قول الأم "**ديما قاعدة في الدار**"، كما أثر المرض على التحصيل الدراسي للحالة مما إنعكس سلبا على سلوكاتها فالحالة يلاحظ عليها مظاهر عدوانية تتجلى في الصراخ وتكسير أدواتها وهذا ما يسمى العدوان الموجه نحو الذات أما العدوان الموجه نحو الآخر فيبرز في تكسير أدوات زملائها وشتمهم، يمكن تفسير هذه السلوكات على أنها سلوكات تعويضية عن الحرمان المادي والمعنوي والغذائي الذي تعيشه الحالة، فهي هنا تستعمل ميكانيزم النعويض، تتميز الحالة أيضا بالشعور بالقلق النفسي الذي يبرز في قضم أظافرها وهذا ما أكدته الأم من خلال قولها "**تاكل في ظفارها ياسر**".

تحليل إختبار رسم الشخص:

رسمت الحالة الشكل الأنثوي الذي ينطبق مع جنسها ويؤكد ثبات هويتها الجنسية حيث بدأت برسم الرأس والتفاصيل الخاصة به (العينين، الحاجبين، الفم، الأنف، الأذنين) ثم قامت برسم الشعر وتضليله، كان ظاهرا على الحالة علامات الحيرة والقلق أثناء الرسم حيث كانت تضغط على القلم.

المنظور:

جهة الرسم: جاء الرسم في المنطقة العليا وهورسم الحالمين.

التفاصيل:

رسم كامل: رسمت الحالة التفاصيل الأربعة الأساسية للشكل الإنساني.

تسلسل الرسم: رسمت الحالة بالتسلسل الطبيعي حيث رسمت الرأس ثم الجذع ثم اليدين وأخيرا القدمين.

الرأس: رسمت الحالة الرأس على الشكل البيضوي مما يدل على الواقعية ووعي الحالة بواقعها المعاش وحالتها المرضية.

ملامح الوجه: رسمت الحالة ملامح الوجه مكشرة مما يدل على التصلب.

العيون: عينين مجوفتين تدل على انعدام التعبير، الحذر، الخوف، عدم الرغبة في رؤية العالم الخارجي.

النظرة الحادة: تدل على العدوانية.

الأنف: رسم الأنف يدل على مشاكل صحية ورسم الأنف بالفتحتين يدل على سوء التوافق والعدوانية.

الفم: جاء الفم على شكل خط مما يوحي بالضغط الممارس على الحالة وانخفاض تقدير الذات (صورة سلبية على الذات) كما يدل كبر حجم الفم على عدم إشباع الحاجة للأكل.

الرقبة: رسم الرقبة يدل على نقص التحكم في الدوافع والانفعالات.

الأذرع: الأذرع الطويلة توحي بالقدرة على إشباع الحاجات والإنجاز.

الأصابع: رسم الأصابع يدل على العدوانية.

الأرجل: رسم الحالة للأرجل يدل على الحماية والعلاقة مع المحيط المتمثل في أفراد أسرتها.

القدمين: رسم القدمين يدل على عدم الأمن والخوف.

الشعر: رسم الشعر وتدويره يدل على وجود القلق عند الحالة.

النسب:

رسم الحالة لرأس كبير نسبيا يدل على الصداع أو الإغماءات التي تتعرض لها الحالة الناتجة عن طبيعة إصابتها.

- إستعملت الحالة ميكانيزم التكوين العكسي الذي يبرز من خلال رسم الشعر.
- **الأسئلة التوليفية المقدمة للحالة بعد تطبيق اختبار رسم الشخص:**

1-شكون هذي؟

- ما علابالیش، أنا رسمت وخلاص.

2-احكيلي قصة عليها؟

- هذي طفلة باباها توفى، وتسكن غير هي وماماها وأختها وخوها في الدار، وهي مريضة وما عندهاش الدراهم باش تشري الدواء وخايفة تموت كيما باباها.

3-واش من سنة تقرى هذي الطفلة؟

- تقرى في السنة الأولى متوسط.

4-الطفلة هذه قوية ولا ضعيفة؟

- ضعيفة.

5-وحزينة ولا فرحانة؟

- حزينة.

6-تحب العائلة نتاحها؟

- إيه تحبهم.

7-زيدي واش راكي حابة تحكيلي عليها؟

- الطفلة هذي ديما جيعانة وكي تجوع ياسر تروح تسوق القاطو من عند الحانوت وتاكلو وما يفيقش بها.

- **الأسئلة المباشرة الموجهة للحالة:**

1-قوليلي لمياء واشي هي الحاجة لمليحة فيك؟

- ما فيا حتى حاجة مليحة.

2-واشي هي لحاجة لي ماشي مليحة فيك؟

- مريضة ياسر.

3-راهو عاجبك جسمك؟

- لالا ماشي عاجبني على خاطر راني مريضة.

4-واشي هو الجزء لمليح في الجسم نتاعك؟

- ما كانش.

5-والجزء لي ماشي مليح؟

- كامل ماشي مليح.

6-قوليلي لمياء واش راكي حابة ديري دركا؟

حابة نشري ياسر قاطو وشيبس وحلوى ونخبيهم ونأكل منهم كل يوم وحابة نروح الحديقة نتابع الحيوانات ونلعب فيها.

7-واش هي الحاجة لي خاصاتك؟

يخصني الدواء ولماكلة ما عنديش خلاصولي فيسع.

8-واش هوما الألوان لي تحبيهم؟

- نحب الرمادي والبرتقالي.

9-عندك صحاباتك لمياء؟

- عندي صاحبتي وحدة هي ثاني فقيرة وباباها متوفيك كيما أنا.

10-تلعبي مع خاوتك في الدار؟

- لالا خاوتي كبار عليا مايلعبوش معايا.

11-واش راكي حابة تولي في المستقبل؟

- حابة نولي طبيبة باش نداوي لمرضى ولفقراء.

من خلال إجابات الحالة عن الأسئلة المقدمة لها بعد تطبيق الاختبار يتضح أن الحالة قامت بإسقاط حالتها في الرسم، إلا أنها أنكرت ذلك، لكن محتوى القصة كان يعبر عن حالتها، حيث برز فيه ضعف تقدير الحالة لذاتها ونظرتها السلبية لنفسها وخوفها وقلقها من المرض، فالحالة واعية بإصابتها لكن غير متقبلة لها، تحب لمياء اللون البرتقالي الذي يشير إلى الحيرة واللون الرمادي الذي يرمز إلى الحركة النكوصية حسب محللي علم النفس، إلا أن الحالة لها تطلعات مستقبلية إيجابية تظهر في رغبتها أن تصبح طبيبة في المستقبل.

التحليل العام للحالة:

من خلال إجراء المقابلة مع الام و نطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة اتضح أن الحالة لديها ثبات الهوية الجنسية ذلك لرسمها نفس جنسها كما أن لها مستوى جيد من الذكاء و القدرة على تنظيم الأفكار و يبرز هذا في رسمها للشكل الإنساني بالشكل المتكامل، كذلك لدى الحالة نوع من القلق النفسي الذي يتضح في تضليل الشعر،و هذا القلق الموجود لدى الحالة ناتج عن الرقابة الممارسة عليها من قبل الاسرة و عن وعيها الكامل بمرضها و بواقعها المعاش، فهي تعيش في وسط أسري لا تملك فيه أدنى مؤهلات الراحة يغيب فيه السند المادي و المعنوي مما جعلها تشعر عدم الأمن و الارتياح و بالتالي ظهور القلق لديها فالقلق في الطفولة حسب **مصطفى عبد المعطي** هو "حالة من التوتر المصحوب بالخوف

وتوقع الخطر، أو هو حالة من عدم الارتياح و التوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الطفل عندما يشعر بخوف أو بتهديد" . (حسن مصطفى عبد المعطي ،2003، ص364).

كما تعاني الحالة الشعور بالنقص الذي أوضحته إجاباتها عن الاسئلة الموجهة لها تطبيق إختبار رسم الشخص فكل غجاباتها كانت توحي بإحساسها بالدونية فاشعور بالنقص حسب **آدلر** هو " وجود قصور عضوي أو إجتماعي أو إقتصادي يؤثر على الفرد نفسيا ويجعله يشعر بعدم الامن و الدونية " .(طلحة علي، ب س، ب ص).

وتبين المقابلة مع الأم أن الحالة لديها سوء تقدير الذات الذي اتضح من نظرة الأم السلبية لها، فتقديرنا لذواتنا نابع من نظرتنا لأنفسنا ومن نظرة الآخرين لنا فحسب **رمضان** " تقدير الشخص لذاته يختلف في المواقف المختلفة تبعا لتغير مفهومه عن ذاته من خلال علاقته الشخصية بالآخرين فقد يقدر ذاته بدرجة عالية إذا كانت هذه العلاقة إيجابية ويقدر ذاته بشكل سالب إذا كان تقدير الآخرين له سالبا في هذا الموقف ".

الحالة لديها انسحاب اجتماعي ناتج عن الظروف المزرية التي عاشتها من الناحية الصحية والاجتماعية التي أثرت على النمو النفسي والاجتماعي لها وجعلت منها شخصية منعزلة تميل إلى تكوين مسافات عاطفية تبعدها عن الناس الآخرين والتي تظهر جليا في عزوفها عن إقامة صداقات وعلاقات اجتماعية وكذا في رسمها لعينين مجوفتين دلالة على عدم رغبتها في الاتصال بالعالم الخارجي وينوه هنا **إريكسون** في النظرية النفسية الاجتماعية إلى " أهمية الوسط الاجتماعي للطفل ومدى مواجهته لتلك الأزمات التي تعترض (شفيق فلاح علاونة، 2004، ص 260).

الظروف الاقتصادية الغير ملائمة للحالة أدت بها إلى عدم الامتثال للعلاج وتعدى الأمر إلى ظهور سلوكات غير محببة على الحالة كالسرقة والكذب وهذا ما تبين بعد المقابلة مع الأم ومن خلال الرسم يبرز السلوك العدواني للحالة الذي عبرت عنه برسم الأصابع، فهي تقوم بسلوكات عدائية تجاه ذاتها وتجاه الآخر فجملة السلوكات السلبية التي تقوم بها الحالة قد تكون من أجل التغلب على مشاعر العجز والنقص أو أسلوب لإشباع الحاجة إلى الحب

فموضوع الحب بالنسبة للحالة مهدد من طرف الأخ الأكبر الذي لا يبدي أي اهتمام بها، فالعدوان مثلا حسب ما جاء به المحلل النفسي **آدلر** هو" إحساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم القدرة على تحقيق الإشباع ويمكن للعدوان أن يتحول إلى طرق عديدة عندما لا يستطيع الفرد توجيهه إلى الموضوع الأساسي ومنها تحويل طاقة العدوان إلى دافع بديل آخر، تحويل العدوان إلى هدف آخر، تحويل العدوان إلى الذات ".

كما أن الحالة تعاني من ضعف جسدي ناتج عن إصابتها بالمرض وهذا ما أسقطته في رسمها لأرجل قصيرة التي تدل على نقص الحيوية والنشاط، إلا أنه لديها القدرة على الإنتاج والإنجاز الذي يتضح في رسم أذرع طويلة وواضحة وفي تطلعاتها المستقبلية الإيجابية.

البروفيل النفسي للحالة يتسم لخصائص عديدة معظمها سلبية متمثلة في الشعور بالنقص والدونية، سوء تقدير الذات، سوء التوافق الاجتماعي، القلق النفسي، الخوف، الكذب، السرقة، العدوان، أما الخصائص الإيجابية فتتمثل في الذكاء والقدرة على تنظيم الأفكار، القدرة على الإنجاز وإشباع الحاجات والطموح، ثبات الهوية الجنسية.

2-الحالة الثانية:

تقديم الحالة:

الاسم: حنين عدد الإخوة: اثنان

الجنس: أنثى الرتبة بين الإخوة: الأولى

السن: 10 سنوات الحالة الاقتصادية: جيدة

المستوى الدراسي: أولى متوسط

الظروف المعيشية للحالة:

تبلغ الحالة عشر سنوات، تزاول دراستها في السنة الخامسة ابتدائي تعيش داخل أسرة متكونة من أم وأب وأختان الحالة هي البنت البكر لوالديها، المستوى الاقتصادي للعائلة جيد فالأب مدير بنك والأم ماكثة في البيت، أصيبت الحالة بسكري الأطفال النوع الأول منذ سنة

كاملة تقريبا حيث لاحظت الأم على ابنتها عدة أعراض لا تتماش مع سنها ولا مع مجهودها الجسدي، ككثرة الإعياء، العطش الشديد...إلخ، مما أدى بالوالدين إلى أخذ الحالة إلى المستشفى والقيام بالفحوصات اللازمة التي أكدت إصابة الحالة بسكري الأطفال النوع الأول.

حنين طفلة مأدبة دائمة الابتسامة علاقتها بإخوتها جيدة، إلا أنها لاتملك صداقات، تحب اللون الأصفر واللون الأحمر، وتود أن تصبح معلمة في المستقبل.

ملخص المقابلة مع الأم:

تمت المقابلة مع الأم بشكل جيد وودي، حيث رحبت بنا وكانت متجاوبة معنا، دار نقاش المقابلة حول كل ما يتعلق بالحالة وبمرضها وبسلوكها داخل وخارج المنزل وبكيفية التعامل معها، فالحالة هي البنت الأولى بالنسبة للوالدين، ظروف حملها وولدتها طبيعية، إلا أن الأم اعتمدت في رضاعتها على الحليب المصنع.

خبر إصابة الحالة بسكري الأطفال النوع الأول شكل صدمة في بادئ الأمر على الوالدين إلا أنهم استوعبوا الأمر تدريجيا، حنين كذلك لم تكن متقبلة للوضع لكنه بتوعية الأم لها أصبحت تعي حالتها تقريبا غير أنها لا تزال تفرض التقيد بالنظام الغذائي باستمرار رغم مجهودات الأم في المحافظة عليه وفي إتباعه حتى أصبحت تقدم نفس الأكل تقريبا لها ولإخوتها حتى لا تشعرها بالاختلاف عنهم، تحظى الحالة بالحب والاهتمام من قبل والديها علاقتها بإخوتها جيدة وتحب اللعب معهم، مستواها الدراسي جيد، الحالة لا تملك أي مشاكل مع زملائها أو مع معليميها إلا أنه في الفترة الأخيرة لوحظ عليها انعدام المشاركة في القسم رغم تحصيلها الدراسي الجيد، تعيش حنين تحت المراقبة الدائمة من قبل والديها فهما شديدي الخوف عنها . عند تعرض الحالة لموقف يثير القلق فإنها تقوم بتعنيف نفسها كأن تقوم بنتف شعرها مثلا، كما أنها تقوم بقضم أظافرها بصورة مستمرة.

الحالة لا تملك صداقات فهي تفضل البقاء لوحدها أو مع أخوتها كما أنها تقضي معظم وقتها في الجلوس داخل المنزل.

تحليل المقابلة مع الأم:

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة مع الأم لاحظنا أن والدي الحالة واجه ضغطا نفسيا نتيجة الصدمة التي تلقوها بعد إصابة طفلتهم بالسكري إلا أنهم تجاوزا ذلك بعد التعرف أكثر على طبيعة هذا المرض أي باستخدامهم ما يسمى طريقة المهام، ويظهر هذا في قول الأم " **من لولج اتنا صدمة وخفنا بزاف على حنين وكنا ديما قالقين عليها ودرك الحمد لله فهمنا المرض نتاعها**"، الحالة ورغم وعيها بإصابتها وتوفر الظروف المادية والمعنوية الملائمة داخل الجو الأسري الذي تعيش فيه إلا أنها تمثل العلاج والنظام الغذائي على الوجه الكامل وتؤكد الأم من خلال قولها "**ساعات تتقبل وساعات لا لا**".

تواجه حنين الضغط بإستراتجيتي الانفعال وذلك من خلال البكاء والصراخ والذي يعد أيضا تفريغا انفعاليا لمكبوتاتها وهذا ما تؤكده الأم في قولها "**تولي تبكي وتعيط**" وإستراتيجية الهروب التي تتمثل في بقائها لوحدها وتظهر في قول الأم "**وتروح تقعد وحدها**" وهذا بهدف التنفيس عن القلق من الرقابة على الغذائي.

تعيش الحالة في أسرة مليئة بالاهتمام والحب والحنان مما ألغ ظهور الشعور بالنقص لديها، فالأم تعمل كل جهدها حتى لا تشعرها باختلاف عن إخوتها وهذا ما تؤكده بقولها "**كل واحد يأكل وحدو باش ماتحسش روحها غير هي لي تاكل وحدها**" و"**ياكلو كيف كيف**" أي أنها تقدم نفس نوعية الأكل للحالة ولإخوتها، أي أن الحالة تحظى بالدعم الأسري الذي قد يمنعها بالشعور بالحرمان.

تفل حنين البقاء لوحدها فهي لا تملك صديقات لا داخل ولا خارج المدرسة فتعاملها مع الآخرين محدود جدا إذ أنها تحبذ الوحدة وهي بهذا الشكل تستعمل إستراتيجية التجنب لتخفيف من آثار القلق بإصابتها وهذا ما يبرز في قول الأم "**ساعات وين تحب تخرج**"، التحصيل الدراسي للحالة جيدة إلا أنها تعاني من الخجل الذي يظهر في عدم مشاركتها في القسم رغم تحصيلها الدراسي الجيد وعدم قيامها بالأنشطة الجماعية داخل القسم.

حنين لديها عدوان موجه نحو الذات يبرز في تعنيف نفسها عند تعرضها لمواقف تثير إنفعالها وتوكد هذا الأم في قولها "**كي تتقلق تولي تبكي وتجبد في شعرها**".

تحليل اختبار رسم الشخص:

يظهر في رسم الحالة تكامل أجزاء الجسم الإنساني الأساسية وفي ذلك دلالات ذكاء والقدرة على تنظيم الأفكار، بالإضافة إلى أن الحالة رسمت الشكل الإنساني الأنثوي المطابق لجنسها، مما يوضح ثبات الهوية الجنسية وعدم اضطرابها.

المنظور:

- جهة الرسم: وسط الورقة مما يدل على الواقع المعاش والإسقاط المباشر للمشاعر.

التفاصيل:

رسم كامل: ذلك أن الحالة قامت برسم التفاصيل الأربعة الأساسية (الرأس، الجذع، اليدين، القدمين).

تسلسل طبيعي في الرسم حيث بدأت الحالة برسم الرأس ثم الجذع ثم اليدين ثم القدمين.

الرأس: فلقد رسمت الحالة شكل الرأس بيضوي مما يدل على الواقعية، كما يدل كبر حجم الرأس على النرجسية.

العيون: العيون الدائرية المفتوحة، تدل على أهمية دقت النظر لدى الحالة وتدل كذلك على الخدر والخوف ومحاولة ضبط ذلك وزيادة اليقضة، حيث أشارت **ماكوفر** إلا أنه قد يرسم الأفراد القلقين أحيانا عين مختلسة شكاكة، كما يدل حجم كبر العيون على الانبساط.

الأنف: رسم الأنف يدل على وجود مشاكل صحية، ورسم الحالة للأنف كبير بفتحتين يدل على سوء التوافق والعدوانية.

الفم: رسم الحالة لفم متسع يدل على سوء التوافق، كما يغبر عن الصراع النفسي الذي تعيشه الحالة بعد تعرضها للمرض فهو إسقاط لصعوبات التغذية التي تواجهها.

كما يدل **التبسم** على الارتياح والرغبة في الاتصال.

الرقبة : عدم رسم الحالة للرقبة مما يدل على الاختناق .

الأذرع: رسم الحالة للأذرع طويلة وواضحة يدل على القدرة على إشباع الحاجات والإنجاز.

الأيدي: رسم الحالة للأيدي ممدودة على الجسم تدل على تفعيل العدوان خارجيا.

الأصابع: رسم الأصابع يدل على العدوانية.

القدم: رسم الحالة للقدم يدل على عدم الأمن والخوف.

النسب:

- رسم الحالة **للأرجل القصيرة** مقارنة بالجسم يدل على نقص الحيوية والنشاط.

الجذع الكبير: يدل على وضع الحواجز والمراقبة.

نقص رسم **أعضاء الجسم** يدل على وجود الكبت عند الحالة.

رسم **صغير** يدل الانطواء وعدم الأمان.

إستغراق الحالة وقت طويل في رسم الرأس يدل على استخدامها ميكانيزم التكوين العكسي.

الأسئلة التوليفية المقدمة للحالة بعد إجراء الاختبار:

شكون هذي

- هذي طفلة، تسكت ثم تقلي، وحده منعرفهاش.

أحكيلي قصة على هذي الطفلة

- تسكت شوية، ثم تتنهد، ومبعد قاتلي؛ هذي طفلة مريضة، ديما تمرض ويداوها باباها وماماها للسبيطار وتولي تبكي هي على خاطر هي ما تحبش سبيطار، هذا ما كان.

واش من سنة تقر هذي الطفلة؟

- تقرا السنة الخامسة.

والطفلة هذي قوية ولا ضعيفة؟

- ضعيفة، على خاطر مريضة.

وحزينة ولا فرحانة الطفلة هذي؟

- راهي حزينة ومقلقة.

تحب باباها وماماها وخواتها؟

- إيه تحبهم كامل.

زيدي واش راكي حبة تحكيلي عليها؟

هي حابة تولي لابس بيها مارهيش حابة تزيد تمرض، وحبة تروح تقري في المدرسة.

الأسئلة المباشرة الموجهة للحالة:

قوليلي حنين واش هي الحاجة المليحة فيك؟

تسكت...(يظهر عليها الشك)، ثم قاتلي اللبسة نتاعي .

والحاجة لي ماشي مليحة فيك؟

مريضة.

راهو عاجبك جسمك؟

سكوت... إيه عاجبني.

واش هو الجزء المليح في الجسم نتاعك؟

شعري، طويل ومليح، وتبتسم.

والجزء لي ماشي مليح؟

سكوت... ماعلابليش.

قوليلي حنين واش راكي حابة ديري دوكا ؟

حابة نأكل شيكولة عندي بزاف ماكليتهاش وماما ماخلتنيش نأكل حتى شوية منها.

- **واش هي الحاجة لي خاصاتك؟**

- خاصتني طابلات ندير فيها الألعاب.

- **واش هما الألوان لي تحبيهم؟**

- نحب اللون الأصفر، واللون الأحمر.

- **عندك صحباتك حنين؟**

- لا لا ماعنديش.

- **علاش؟**

- على خاطر أنا مانخرجش نلعب معاهم على هكا هوما ما يحبونيش.

- **تلعبي مع خاوتك في الدار؟**

إيه نلعبو في البلاي ستيشن مع بعضانا.

- **واش راكي حابة تولي في المستقبل؟**

- حابة نولي معلمة.

من خلال إجابات عن الأسئلة التوليفية المقدمة لها بعد تطبيقها لاختبار رسم الشخص، يتبن أن الحالة أسقطت شخصيتها في الرسم فهي تحكي عن نفسها وما تعانيه من جراء مرضها، حيث يبرز في كلامها تأثرها بالمرض وشعورها بالقلق وتضايقها من القيود المفروضة عليها، تحب حنين اللون الأصفر الذي يرمز إلى التبعية الكبيرة من الطفل إلى الراشد وكذلك إلى عدم التكيف الاجتماعي ومختلف الصراعات التي يعاني منها الطفل واللون الاحمر الذي يرمز إلى العدوانية.

- التحليل العام للحالة:

بعد إجراء المقابلة مع أم الحالة وتطبيق اختبار رسم الشخص على الحالة، تبين أن الحالة لديها ثبات الهوية الجنسية فقد رسمت جنس يتطابق مع جنسها، كما أن مستوى الذكاء عندها جيد ولها قدرة تنظيم الأفكار ويبرز هذا من خلال رسم الأعضاء الأساسية للشكل الإنساني بشكل متكامل.

الحالة لديها الشعور بالخجل الذي يعرف على أنه حالة انفعالية قد يصاحبه الخوف عندما يخشى الفرد الموقف الراهن المحيط به. (حنان بنت أسعد محمد خوج، 2002، ص 40)

وعدم القدرة على التوافق وبناء علاقات اجتماعية يظهر هذا في رسم الحالة لفتحتي الأنف التي تدل على سوء التوافق والعدوانية كما تبرز العدوانية كذلك لديها في رسم الأيدي ممدودة على الجسم التي تشير إلى تفعيل العدوان خارجيا، وحسب الأم فإن الحالة تمارس كذلك السلوك العدواني الموجه نحو الذات فالحالة تعيش في حالة من القلق والضغط النفسي وعدم الارتياح الذي عبرت عنه في عدم رسمها للرقبة، فرغم الرعاية والاهتمام المقدم لها من قبل الأسرة إلا أن الرقابة المطبقة عليها فيما يخص تغذيتها جعلتها تشعر بعدم الأمن والخوف الذي يبرز في الحجم الصغير للرسم، فالخوف هو"انفعال وحالة توتر تجعل الطفل يفر من الموقف الذي أثار خوفه حيث يتميز بعدم الثبات والتغير . (نفس المرجع السابق، ص 32)

الحالة لديها نوع من الكبت الذي يتبين في نقص رسم أعضاء الجسم، كما تقوم بتفريغ مكبوتاتها عن طريق البكاء والصراخ على حد قول الأم، كما تستخدم ميكانيزم التكوين العكسي في إخفاء مشاعرها وتبين هذا في استغراقها لوقت طويل في رسم الرأس.

الحالة لديها القدرة على الإنجاز وإشباع الحاجات التي تظهر في رسمها للأذرع الطويلة والواضحة كما أنها مدركة للواقع ولمرضها لكنها غير متقبلة لهم فرسمها لفم متسع يدل على أنها تواجه صعوبات في التغذية وأن لديها صراع نفسي يتعلق بالحاجة إلى إشباع غريزة الأكل.

الوسط المشبع الذي تعيش فيه الحالة أثر إيجابيا على بعض جوانب شخصيتها فهي لا تشعر بالنقص ورسمها لفم مبتسم وعينين كبيرتين يدل على شعورها بالارتياح والانبساط كما أن الحالة

نرجسية الشخصية فلديها إعجاب بذاتها واتضح هذا في إجاباتها عن الأسئلة الموجهة لها بعد تطبيق الاختبار وفي رسمها لحجم كبير للرأس.

البروفيل النفسي للحالة يشتمل على عدة خصائص أهمها: الانطواء، عدم التوافق، الخجل، القلق، العدوان، الضغط النفسي، الخوف، الذكاء، القدرة على الإنجاز، الإدراك للواقع، الانبساط، الطموح، ثبات الهوية الجنسية.

الحالة الثالثة:

تقديم الحالة:

الاسم: حسان عدد الإخوة: واحد

الجنس: ذكر الرتبة بين الإخوة: الأول

السن: 09 سنوات الحالة الاقتصادية: جيدة جدا

المستوى الدراسي: 05 ابتدائي

الظروف المعيشية:

الحالة يبلغ من العمر 09 سنوات، تلميذ في السنة الخامسة ابتدائي، يعيش في أسرة مكونة من أم، أب وأخت، الأب مدير مدرسة ثانوي، والأم موظفة في مؤسسة التأمينات، العائلة مرتاحة ماديا، أصيب حسان بسكري الأطفال النوع الأول منذ كان في سن السابعة سبب إصابته وراثي ذلك أن الأب كذلك لديه السكري، يعيش حسان في جو أسري هادئ يحظى فيه بالحب والحنان والاهتمام، يحب الحالة أخته ويحب والديه، الحالة لا يوجد لديه أصدقاء يحب اللون الأحمر واللون البرتقالي ويتمنى أن يصبح شرطيا في المستقبل.

ملخص المقابلة مع الأم:

سارت المقابلة مع الأم بشكل جيد حيث كانت متفهمة وهادئة، تحدثنا معها عن الحالة حيث علمنا منها أنه الابن الأكبر كانت ظروف حمله ورضاعته طبيعية جدا، فترة رضاعته دامت حوالي 11 شهرا.

لم تتقبل الأم إصابة ابنها بالسكري عند سماعها الخبر وسيطر عليها الخوف والقلق، إلا أن الأب ولخبرته بهذا المرض وإصابته به لم يفاجئ وتقبل الإصابة وأثر في ذلك على زوجته وتقبلت بدورها الوضع.

لم يتقبل الحالة مرضه في بادئ الأمر وأبدى رفضا مطلقا للحقن بالأنسولين والنظام الغذائي، إلا أن وعي والديه واهتمامهم به وتوفر الإمكانيات المادية جعلته يتقبل إصابته ويتعايش معها بطريقة صحيحة، فالحالة الآن لا يبدي أي قلق أو إنزعاج من أسلوب حياته المعتمد على نظام غذائي، علاقته بأخته جيدة ولم تتغير سلوكاته بعد الإصابة.

حسان ابن مدلل من قبل والديه يوفرون له كل ما يطلب ويتعاملون معه بأسلوب هادئ ومحب، يحب الحالة اللعب بمفرده فهو لا يملك أصدقاء يحظى بالرقابة الوالدية، علاقته جيدة بمعلمته وبزملائه، لا يبدي أي سلوكات سيئة معهم.

تحليل المقابلة مع الأم:

لم تتقبل الأم إصابة طفلها بسكري الاطفال النوع الأول وهذا ما أكدته في قولها "**خفت على ولدي وقعدت غير نبكي**" إلا أن وجود تاريخ مرضي في العائلة المتمثل في إصابة الأب بنفس المرض الأمر الذي خفف من قلقها وخوفها وساعدها على تقبل الإصابة.

كما أن الحالة أيضا لم يمتثل للعلاج في البداية (عدم الموائمة العلاجية) وهذا ما جاء في قول الأم "**مع اللول دار فيا حالة ما قبلش الأنسولين والنظام الغذائي**"، غير أن الرقابة والاهتمام الشديدين به من قبل الأسرة جعله يتقبل المرض ويتبع النظام الغذائي.

وجود الحالة في وسط داعم ومشبع أثر إيجابيا على شخصيته فهو لا يشكل مصدر إزعاج بالنسبة لوالديه حيث أنه يلتزم بأوامرهم ولا يخالفها، كما أنه لا يسلك السلوكات السيئة وهذا ما أكدته الأم في نفيها للسؤال المتعلق بسرقة حسان للأكل أو بالكذب، يعامل الحالة داخل الأسرة بكل حب وحنان فهو ابن مدلل جدا وتلبى كل طلباته ويتضح هذا في قول الأم "**رانا مدلينو غير واش يقول وكامل نحبوه**" .

الحماية الزائدة للحالة جعلت منه شخص منطوي ليست لديه صداقات ولا يحب الاختلاط بالآخرين وهذا مايبرز في قول الأم **ما عندوش أصدقاء... يحب يلعب وحدوا**"، حسب الأم سلوكات الحالة لم تتغير بعد الإصابة عدا حبه اللعب لوحده الأمر الوحيد الذي ظهر عليه.

تحليل الاختبار:

المنظور:

جهة الرسم: جاء الرسم في الوسط مما يدل على الواقع المعاش والإسقاط المباشر للمشاعر والأحاسيس.

التفاصيل:

الرسم كامل: حيث رسم الحالة الأجزاء الأربعة الأساسية في الرسم (الرأس، الجذع، اليدين، القدمين).

تسلسل الرسم: كان تسلسل الرسم بشكل الطبيعي.

الرأس: رسم الحالة رأس بيضوي الشكل الذي يدل على الواقعية.

العينين: رسم العينين على شكل نفطتين مما يدل على تقدير منخفض للذات وعلى أنه يقلل من قيمته.

الأنف: رسم الانف يدل على وجود مشاكل صحية.

الفم: لم يرسم الحالة الفم مما يدل على وجود إشباع للرغبات الفمية لديه ويدل كذلك على تقبله للنظام الغذائي.

الأذنين: عدم رسم الأذنين يدل على وجود قلق لدى الحالة.

الرقبة: لم يرسم الحالة الرقبة مما يعبر عن حالة الاختناق لديه.

الجذع: رسم الحالة جذع كبير دلالة على وجود رقابة عليه.

الأيدي: رسم أيدي ممتدة بعيدة عن الجسم التي تدل على تفعيل العدوان خارجيا.

الأصابع: رسم الأصابع دلالة على وجود العدوان عنده.

القدمين: رسم الحالة للقدمين يدل على عدم الأمن والخوف.

النسب:

نقص في رسم التفاصيل يدل على وجود الكبت لدى الحالى.

رسم أيدي قوية يدل على استخدام الحالة لميكانيزم التعويض.

أشكال تشبه العصى تدل على المراوغة والهروب ونجدها عند الافراد الغير آمنين الذين لديهم شك في أنفسهم.

الأسئلة التوليفية المقدمة للحالة بعد إجراء اختبار رسم الشخص:

شكون هذا لرسمتو؟

يبتسم ثم يسكت قليلا ثم قال "هذا أنا"

أحكيلي قصة على هذا الطفل

يبتسم ويسكت.

واش من سنة يقرا هذا الطفل؟

قرا السنة الخامسة.

والطفل هذا قوي ولا ضعيف؟

قوي بصح يتعب فيسع.

وحزين ولا فرحان الطفل هذا؟

فرحان.

يحب باباها وماماها وخواتو؟

إيه يحبهم كامل.

زيد واش راك حاب تحكيلي عليه؟

والو هذا ماكان ويبتسم.

قولي حسان واش هي الحاجة المليحة فيك؟

معلابليش... إستغراب.

والحاجة لي ماشي مليحة فيك؟

معلابليش... إستغراب.

راهو عاجبك جسمك؟

ماشي عاجبني أنا ضعيف ياسر.

واش هو الجزء المليح في الجسم نتاعك؟

أسناني، وتبتسم.

والجزء لي ماشي مليح؟

يدي، تحرقت منها وتظهر عليه علامات الحزن....

قولي حسان واش راك حاب ديري دوكا؟

راني حاب نلعب بالفيلو في الدار دارنا كبيرة نحب نلعب فيها وحاب نروح للدار كرهت من السبيطار.

واش هي الحاجة لي خاصاتك؟

خاصتني الفيلو نتاعي.

واش هما الألوان لي تحبيهم؟

نحب اللون االأحمر، واللون البرتقالي.

عندك صحباتك حسان؟

لا لا ماعنديش. **علاش؟** نحب نلعب وحدي مانحب حتى واحد يقيسلي الفيلو نتاعي.

تلعب مع أختك في الدار؟

لالا، نلعب وحدي.

واش راكي حابة تولي في المستقبل؟

حاب نولي بوليسي.

تدل إجابات الحالة عن الأسئلة الموجهة له بعد تطبيق الاختبار عليه، على أنه قد أسقط شخصه ومشاعره ورغباته في الرسم وأكد ذلك من خلال إجاباته بأنه هو من في الرسم، اكتفى الحالة بالصمت عندما طلب منه أن يحكي قصة عن الشخص المرسوم مما يدل على أنه يستخدم ميكانيزم الكبت لكن إيجاباته عن الأسئلة المتبقية أوضحت أن لديه انخفاض في مستوى تقدير الذات ونوع من الانطواء، يحب الحالة اللون الأحمر الذي يدل على العدوان واللون البرتقالي الدال على الحيرة.

التحليل العام للحالة:

بعد تحليلنا للمقابلة النصف موجهة ولاختبار رسم الشخص وجدنا أن الحالة يعي تماما واقعه المعاش يتضح هذا في رسم الشخص وسط الورقة وفي تقبله للإصابة فهو لا يبدي أي انزعاج واضح اتجاهها، له قدر جيد من الذكاء الذي يبرز في رسمه المتكامل للشكل الإنساني كما أن له القدرة على تنظيم الأفكار.

المقابلة مع الأم لم تفصح على وجود أي مشاكل في شخصية أو في سلوك الحالة، إلا أنه اتضح من خلال الرسم ومن خلال إجابات الحالة بعد تطبيق الاختبار أن لديه انخفاض في تقدير الذات وهذا ما يؤكده من خلال رسم العينن على شكل نقطتين الشيء الذي يدل على

تقليله من شأنه، رغم الاهتمام الكبير الموجه للحالة من قبل والديه إلا أنه يشعر بعدم الأمن والخوف الذي قد يرجع سببه إلى قلقه الغير مفصح عنه إتجاه النظام الغذائي وإتجاه الرقابة الوالدية، كما تدل كذلك إجابات الحالة على أنه لديه رغبة جامحة في اللعب، فاللعب من الحاجات السيكولوجية التي يجب أن تشبع للطفل مهما كانت حالته الصحية أو الإجتماعية فحسب **بياجيه** اللعب هو " عملية تعمل على تحويل المعلومات الواردة لتلائم حاجات الفرد، فاللعب و التقليد و المحاكاة جزء لا يتجزء من عملية النماء العقلي "، وتعرف **الموسوعة البريطانية** اللعب على أنه " **أي نشاط طوعي من أجل السرور**" . (فاضل حنا، 1999، ص 25).

فحاجة الحالة للعب قد تكون من أجل التخفيف من القلق، ويتضح كذلك من خلال الرسم أن الطفل لديه نوع من العدوان إلا أن الأم لم تذكر ذلك فقد يكون لديه مشاعر عدوانية غير معبر عنها وهذا ما يفسره نقص رسمه للتفاصيل التي تدل على وحود الكبت لدى الحالة.

رسم الحالة الأشكال تشبه العصا تدل على عدم شعوره بالأمن والشك والمرواغة، وليدين عريضتين يدل على القدرة على الانجاز الذي يظهر في قدرته في التحكم في النظام الغذائي، تدليل الحالة من قبل أسرته جعل منه طفل منطوي لا يحب الاختلاط بالآخرين، يحب فقط اللعب لوحده، فأسلوب التربية الذي طبقته الأسرة على الحالة المعتمد على التدليل المفرط والعيش بإنعزال على العالم الخارجي هيأ أكثر ظهور الانطواء عند الحالة.

البروفيل النفسي لدى الحالة يتميز بوجود الخصائص التالية: ثبات الهوية الجنسية، الواقعية، الذكاء، القدرة على تنظيم الأفكار، القدرة على الانجاز، الطموح، إنخفاض تقدير الذات، الانطواء، سوء التوافق الاجتماعي، القلق، مشاعر العدوانية. (لم تظهر على مستوى الشعور).

4-مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

بإتباع المنهج الإكلنيكي وبتطبيق أدواته المتمثلة في المقابلة النصف موجهة وبتطبيق إختبار رسم الشخص وهذا بقصد الإجابة عن تساؤل الدراسة التالي:

ما هو البروفيل النفسي للطفل الخاضع للنضام الغذائي؟

كانت الإجابة في الحالة الأولى أن خصائص البروفيل النفسي لهذه الحالة تتمثل في ضهور الشعور بالنقص، سوء تقدير الذات، سوء التوافق الإجتماعي، القلق، العدوان، الخوف، وهذا راجع لعدم وجود سند أسري متين للحالة فهي تفتقد للحب و الأمن داخل أسرتها كما أنالوضعية الإقتصادية السيئة التي تعيشها الحالة أدت إلى ضهور مشاكل سلوكية سلبية لديها المتمثلة في السرقة، الكذب فهذه السلوكات تعد كسلوكات تعويضية عن الحرمان الذي تعيشه، إلا أن بروفيل هذه الحالة لا يخلو من الخصائص الإيجابية التي تتمثل في الذكاء، القدرة على تنظيم الأفكار، القدرة على الإنجاز و إشياع الحاجات، الطموح وثبات الهوية الجنسية، ولعل هذه الخصائص الإيجابية التي يتميز بها البروفيل النفسي للحالة ناتجة عن إرداتها و تحديها لواقعها و تعلقها بالحياة.

أما الحالة الثانية فتميز بروفيلها النفسي بالإنطواء، عدم التوافق، الخجل، القلق، الضغط النفسي، النتاجين عن الرقابة الأسرية المشددة عن الحالة و كذا عن طبيعة إصابتها فالحالة غير متقبلة للعلاج وهذا الرفض مقابل الرقابة الوالدية أدى إلى ضهور الخصائص سالفة الذكر لديها، كما نجد عند الحالة؛ الواقعية، النرجسية، الذكاء، الإنبساط، القدرة على الإنجاز، ثبات الهوية الجنسية، الطموح، فالحالة في حقيقة الأمر مرحة، بشوشة، ذات مضهر جيد، لا يخصها الشعور بالنقص نتيجة الرعاية المادية و المعنوية التي تكتنفها، تتقبل الآخر لكن خجلها يمنعها من بدل الخطوة الأولى في إقامة علاقات إجتماعية.

فيما يخص الحالة الثالثة فقد تميزت خصائص البروفيل النفسي له بثبات الهوية الجنسية ، الواقعية، الذكاء، القدرة على الإنجاز، القدرة على تنظيم الأفكار، الطموح، كل هذه الخصائص الإجابية الموجودة في شخصية الحالة ناتجة عن الإهتمام و الرعاية المكثفة المقدمة له من قبل والديه فهو إبن مدلل جدا و أسلوب التدليل المفرط الذي اعتمده الأولياء في تربية الحالة أدى إلى ضهور مشاكل في شخصيته المتمثلة في سوء التوافق الإجتماعي، الإنطواء، إنخفاض تقدير الذات الناتج عن إحساسه العميق بإصابته و تأثره بها والذي نتج عنه إحساس الحالة بالقلق و كذا وجود مشاعر عدوانية لديه و التي لم تظهر على مستوى سلوكه.

على هذا الأساس يمكننا القول بأن البروفيل التفسي للطفل الخاضع لنظام غذائي يتأثر بنمط حياة الأسرة، أسلوب التربية، المعاملة الوالدية و درجة وعي الأولياء بإصابة طفلهم والمستوى الإقتصادي الذي يعيش فيه الطفل، فنشأة الطفل في محيط دافيء يهتم به و يراعي احتياجاته و يشعره بالحب و الأمان يبعث فيه الإحساس بالطمأنينة النفسية التي تنعكس بالإيجاب على شخصيتة و هذا ما أكدته **Irin Jossilini** في قولها " إن الطفولة التي يجد فيها الطفل إشباعا ورعاية لشؤونه، سوف تعطي للطفل إحساسا بالطمأنينة المريحة في العالم الذي يحيط به بحيث يراه مكانا آمنا يعيش فيه وليس مكانا باردا لا يهتم به أو مكانا معتديا لا بد أن يحمي نفسه منه ".(عبد المجيد الخليدي، 1994، ص60).

كما أن أسلوب الحماية المفرطة والتدليل الزائد الذي تتبعه بعض الأسر في تربية الطفل وخاصة إذا كان يعاني من أحد الأمراض يؤثر بالسلب على النمو النفسي للطفل، شأنه شأن أسلوب الإهمال وعدم الكفاية فكل هذه الأساليب مهما كان سبب إعتمادها من قبل الأولياء ينتج عنها إضطرابات نفسية وسلوكية لدى الطفل والتي تؤثر على بنية شخصيته.

الخاتمة

خاتمة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة نستخلص أن الهدف المرجو معرفته قد تم التوصل إليه وهو التعرف على " البروفيل النفسي للطفل الخاضع لنظام غذائي "، فمن الواضح أن الطفل الخاضع لنظام غذائي لا يمارس حياته بشكل طبيعي كأي طفل سليم، فنجد أن هذا الطفل قد حرم من إشباع حاجياته السيكولوجية والبيولوجية كما ينبغي وهذا ما يؤثر على بناء شخصيته لاحقا.

أيضا تبين لنا من خلال هذه الدراسة أن للطفل الخاضع للنظام الغذائي خصائص نفسية عدة تميزه عن غيره من الأطفال منها السلبية الناتجة عن تأثر الطفل بالإصابة ومنها الإجابية الناتجة عن إرادة داخلية للطفل أو عن المحيط الذي يعيش فيه.

بصفة عامة يمكننا القول إن خصائص البروفيل النفسي للطفل الخاضع لنظام غذائي لا تتحددها فقط نفسية الطفل المصاب بل للعوامل البيئية المتمثلة في درجة وعي وثقافة الأسرة والمستوى الإقتصادي دخل في تحديد هذه الخصائص.

التوصيات والاقتراحات:

إن وجود طفل خاضع للنظام الغذائي داخل الأسرة يحتم عليها اتباع مايلي:

- الإلمام بكل ما يخص النظام الغذائي لهذا الطفل.
- تقديم الوجابات الغذائية في شكل جيد يزيد من قابلية الطفل لها.
- وضع أغذية الطفل البينية في أماكن يسهل عليه تناولها بمفرده.
- تجنب إستهلاك الأغذية الممنوعة عنه أمامه.
- التعامل مع هذا الطفل بأسلوب هاديء وتجنب إهماله أو تدليله بإفراط حتى لا يستعمل إصابته كوسيلة ضغط لتلبية أوامره.
- ضرورة أن يعلم الوالدين الأشخاص المسئولين عن الطفل داخل المدرسة ذلك.
- توعية وتثقيف الطفل بأهمية النظام الغذائي بالنسبة لصحته ومخاطر عدم اتباعه.
- مشاركة الطفل في المناسبات التوعوية المختلفة التي تخص نوع إصابته وتتحدث عن النظام الغذائي.

كما يجب على الدولة الإهتمام بهذه الفئة وذلك من خلال:

- إنشاء جمعيات خاصة بهؤلاء الأطفال، نظرا لوجود أعداد متزايدة من الأطفال الخضاعين للنظام الغذائي، والذي يعتبر أحد الظواهر المنتشرة والتي يجب أن تراعى بأقصى الإمكانيات المتاحة لدينا، لذا يؤيد إنشاء مثل هذه الجمعيات تنميةً للفكر والبحث العلمي في مجال النظم الغذائية والعمل على تطويره وتنشيطه، بالإضافة إلى كون ذلك يرفع من الأداء المهني للعاملين في هذا المجال بما يخدم مصلحة المرضى.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

1/الكتب:

1- ابراهيم محمد صلاح الدين، (1993)، **السكر أسبابه ومضاعفاته وعلاجه**، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة.

2- انس شكشك، 2008، علم النفس العام، ط1، دار النهج، حلب.

3- -جاسم محمد (2002)، **السكري والأمراض النفسية**، دار النهضة العربية، لبنان.

4- حامد زهران، 2001، **علم النفس النمو الطفولة والمراهقة**، عالم الكتاب، القاهرة.

5- حسن مصطفى عبد المعطي، (2002)، **الأسرة ومشكلات الأبناء**، ط 1، دار السحاب.

6- حلمي المليحي، 2000، **مناهج البحث في علم النفس**، ط 1، دار النهضة، لبنان.

7- حلمي المليحي، 2004، **علم النفس الشخصية**، ب ط، دار النهضة العربية، عمان.

8- رضوان محمد، 2008، **داء السكري**، ب ط، دار القباء، الاردن.

9- رمضان محمد، 2000، **الشخصية نظرياتها واختباراتها واساليب قياسها** المكتب الجامعي، مصر.

10- زيعور محمد، 1991، **مذاهب علم النفس**، ط 4، دار الاندلس، بيروت.

11- سامي محمد ملحم، 2011، **الاسس النفسية للنمو**، ط1، دار الفكر، عمان.

سعد جلال، ب س، **الطفولة والمراهقة**، ط2، دار الفكر العربي، الاردن.

12- سهير كامل احمد، 1998، **دراسات في سيكولوجية الطفولة**، ب ط، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.

13- شفيق فلاح علاونة، 2004، **سيكولوجية التطور الانساني من الطفولة الى الرشد**، ط ،1 دار المسيرة، الاردن.

14- شفيق فلاح علاونة، 2009، **سيكولوجية التطور الانساني من الطفولة الى الرشد**، ط 1، دار المسيرة، الاردن.

15- صالح علي ابو جادو، 2004، **علم النفس التطوري**، ط1، دار المسيرة، الاردن.

16- عباس محمود عوض، 1999، **مدخل الى علم النفس النمو**، ب ط، دار المعرفة، مصر.

17- عبد الرحمان النجار، 2009، **صحة الطفل والتغذية**، ط 3، دار الفكر، الاردن.

18- عبد العزيز القوصي, 1999، **أسس الصحة النفسية**، ط9، مكتبة النهضة، القاهرة.

19- عبد القادر طه، **أصول علم النفس الحديث**، دار قباء، ب ط، الأردن.

20- عبد المالك شفيق، 1972، **علم التشريح ووظائف الاعضاء**، ب ط، دار القلم بيروت.

21- عبد المجيد الخليدي، 1994، **الامراض النفسية والاضطرابات السلوكية عند الطفل**، ب ط، دار الفكر، بيروت.

22- عبد المجيد خليدي (1997)، **الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان –الأردن.

23- عبد الوافي زهير بوسنة، 2012، **تقنيات الفحص الاكلينيكي**، ط،1 دار الهدن الجزائر.

24- عبد الوافي زهير بوسنة، 2012، **علم النفس النمو ونظريات الشخصية**، ط1، دار الهدى، الجزائر.

25- عزيز سمارة وآخرون، ب س، **سيكولوجية الطفولة**، ط 3، دار الفكر، القاهرة.

26- عصام نور,2006, **سيكولوجية الطفولة**, مؤسسة شباب الجامعة، مصر.

27- عطية موريس (1993)، **داء السكري وكيف نتعايش معه**، دار الشواف، الرياض.

28- علي أسعد وطفة (2012)، **العدوانية في سيكولوجية فرويد**، مركز الرافدين للدراسات، جامعة الكويت.

29- علي فاتح الهنداوي، 2002، **علم النفس النمو والطفولة والمراهقة**، ط2، دار الكتاب، الامارات.

30- عهود خالد الصانع،2012، **علم النفس النمو**، ب ط، دار الكتاب، الامارات.

31- فاخر عاقل، 1985، **أصول علم النفس وتطبيقه**، ب ط، دار الملايين للعلم، بيروت.

32- فاضل حنا، 1999، **اللعب عند الاطفال**، ط1، دار مشرق، دمشق

33- فتيحة كركوش (2008)، **سيكولوجية الطفل ما قبل المدرسة، "نمو المشكلات، مناهج"، ط 1**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

34- فرج عبد القادر طه (2000)، **أصول علم النفس الحديث**، دار القباء، الأردن.

35- فضيلة عرفات السبعاوي، **الخجل الاجتماعي**، ط 1، دار المسيرة، عمان-الأردن.

36- فؤاد البهي السيد، 1998، **الاسس النفسية لنمو في الطفولة**، ب ط، دار الفكر، القاهرة.

37- فؤاد بسيوني متولي, 1998, **الامومة و الطفولة**، ,ب ط، مركز الإسكندرية للكتاب مصر.

38- فيصل عباس، 1991، **التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية**، ب ط، دار الفكر، بيروت.

39- لماضة محمد (1999)، **السكر الصديق اللذوذ**، دار النصر للطباعة، القاهرة.

40- محمد حسن غالب، 2009، **الوجيز فيالعلاج النفسي السلوكي**، ب ط، المكتبة المصرية، الاسكندرية.

41- محمد عودة الريماوي (1998)، **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**، ط 1، الأردن.

42- مرادسي مراد، 2009، **الفحص وتشخيص النفسي**، ب ط، مدرسة الناشر قسنطينة.

43- مريم سليم (2002)، **علم نفس النمو**، دار النهضة العربية، ط 2، لبنان.

44- مريم سليم والهام الشعراني، 2006، **الشامل في مدخل علم النفس**، ط1، دار النهضة، بيروت.

45- مريم سليم، 2012، **علم النفس النمو**، ط2، دار النهضة العربية، لبنان.

46- نبيلة عباس الشوربجي، 1997، **المشكلات النفسية للاطفال**، دار النهضة، القاهرة.

47- يونس ابراهيم (2004)، **المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة**، رسالة ماجستار، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.

2/المجالات والمقالات والمحاضرات:

1- قديسي فدوة وبحوش وداد، 2007، **محاضرات في مقياس علم النفس النمو الطفل والمراهقة**، مصر.

2- مجلة د. حنان بنت اسعد محمد خوج، 2002، **التعامل النفسي مع المصاب بالسكري**، العدد 04.

3- مجلة د. مجد الجرار، 2008، **التغذية والامراض «دليل المصاب بسكري**، العدد 09.

4- مجلة محمد كمال السيد يوسف، 2009، **الجديد في تغذية مرضى السكري**، العدد 06.

5- مجلة مصطفى الصفطي واخرون، 2005، **قراءات في علم النفس**، دار الاسكندرية، مصر.

6- مجلة موسي الزهراني، 2010، **اطفالنا المصابون بالسكري** العدد 21.

7- مقالة طلحة، ب س، **علم النفس الفردي** "**ادلر** ".

3/الرسلئل الأكادمية:

1- شهرزاد بسيوني، 2010، **ثقافة التغذية وعلاقتها بانتشار مرض السمنة**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا، جامعة تلمسان.

2- مرفت عبد ربه، 2010، **مرض السكري وعلاقته بتقدير الذات**، قدمت هذه الدراسة استكمالا للحصول على درجة الماجستير، الجامعة الاسلامية غزة.

4/مراجع باللغة الأجنبية:

1- **Australair daibetes caurcil**, 2012, australai.

2- Elizabeth Hurlok, 1978, **La psychologie de developpment**, canada.

3- Fantainet l, 2012 **; Le daibet de L'enfant**, Edetion Paris.

4- Marai Colloza, - Clavel, 2012, **Children daibet**, London.

5- Marcelli, 2003, **Le daibet chez L'enfant**, Edition, Paris.

6- Robert, 2010, **Regime alimentaire de L'enfant daibitique**, Edition bruxelles.

الملاحق

المقابلة مع أم الحالة الأولى:

- صباح الخير.

- صباح النور.

2-مدام معليش نسقسيك على لمياء شوية؟

- تفضلي بنتي.

3-شحال عندكم من لي اكتشفتوا إصابة لمياء بالسكري؟

- لمياء عندها عام ونصف وهي مريضة بالسكر.

4-وكيفاش كانت ردة فعلكم انت والوالد نتاعها؟

- الوالد نتاحها متوفي ربي يرحمو، وأنا خفت وقلقت عليها من لول وخممت في شحال من حاجة، ومن بعد الطبيب طمني وفهمني فالمرض هذا.

5-ولمياء كانت واعية بالمرض نتاعها؟

- إيه، فهمتها الطبيبة فيه.

6-وكانت متقبلة الحقن بالأنسولين والنظام الغذائي لي لازم تبعوهولها؟

- الأنسولين ديرو، مي راهي متعبتني في الماكلة شوية.

7-وأنت راكي متبعتيلها النظام الغذائي كيما يلزم؟

- لالا، ما رانيش متبعتهولها كيما يلزم، مرة يكون ما عندناش، وكي يكون ما عندناش تاكل كيما ياكلوا خاوتها في الدار وخلاص.

8-تاكل وحدها ولا مع خاوتها؟

- كل مرة كيفاش، كي نكون مطيبتلها ماكلة ليها نديرلها وحدها وكي ما توجدش نخليها تاكل مع خاوتها.

9-وكي تشوف واحد من خاوتها ولا من الجيران ياكل في حاجة تحبها مي ممنوعة عليها كيفاش دير؟

- تنحيلو منها وتاكل، وإلا ما عطهاش تولي تبكي وتقلي أنا ثاني جبيلي كيفها.

10-تسرق الأكل الممنوع عليها تاكلو بلا ما تفيقيلها؟

- إيه كي يكون كاين تاكل بلا ما تقلي وتخبيه عليا.

11-كي تسأليها هل كلات ولا ما كلاتش من الأكل الممنوع عليها واش تقلك؟

- تكذب عليا، تقلي ما كليتش.

12-كيفاش راهي علاقتها بأخواتها؟

- علاقتها بأخواتها ما راهيش مليحة، وخاصة مع خوها لكبير ما راهوش متفهم المرض نتاحها.

13-هل تبدلت علاقتها بأخوتها قبل المرض وبعدو؟

- إيه تبدلت ياسر ما ولاتش تحبهم كيما قبل، على خاطر ما راهمش مهتمين بها كي مرضت.

14-كيفاش راكم تعاملو مع لمياء في العائلة؟

- لمياء مسكينة واحد ما راهو لاتي بها، ديما يخصها الدواء وتخصها لماكلة.

15-تضروها كي دير حاجة ماشي مليحة؟

- أنا ما نضربهاش، مي خاوتها يضربوها.

16-عندها صاحباتها لي تحب تقعد معاهم وتلعب معاهم؟

- عندها صاحبة وحدة برك.

17-تحب تخرج تقعد برا (الشارع)؟

- لالا، ما تحبش، ديما قاعدة في الدار قليل وين تخرج.

18-وكي تخرج تخلوها براحتها برا ولا لمدة صغيرة برك؟

- لالا ما طولش، خوها ما يخليهاش.

19-تخرج وقت ما تحب ولا عندها وقت خاص باللعب؟

- لالا، كاين أوقات ما لازمش تخرج فيهم.

20-المستوى الدراسي نتاعها كيفاش راهو؟

- من لي مرضت نقص المستوى نتاعها ياسر، على خاطر هي ديما مرسضة وتغيب عالقراية ياسر.

21-كيفاش راهي علاقتها بزملائها وبالمعلمة نتاعها؟

المعلمة ولات تشكي منها ياسر قاتلي بلي لمياء ولات تكسر في أدواتها وحتى أدوات زملائها وتشتم فيهم بلا سبب.

22-وهذا كان من قبل ولا بعد ما مرضت؟

- بعدما مرضت قبل ما كانتش دير كبما هكا.

23-تاكل ضفارها من لقلقة ولا تضرب روحها؟

- إيه ديما تاكل في ضفارها ياسر.

24-بصفة عامة هل تغيرت سلوكات لمياء بعد الإصابة؟

- إيه لمباء تغيرت ياسر ولا تديما مقلقة.

-شكرا مدام وإن شاء الله مع العلاج الطبي والتكفل النفسي تولي أحسن.

المقابلة مع أم الحالة الثانية:

1-صباح الخير.

- صباح النور.

2-مدام معليش نسقسيك على حنين شوية؟

- إيه ماعليش.

3-شحال عندكم من لي اكتشفتوا إصابة حنين بالسكري؟

– عندها تقريبا عام كامل وهي مريضة كيما هكذا.

4–وكيفاش كانت ردة فعلكم انت والوالد نتاعها؟

– ما نكذبش عليك ملول جاتنا صدمة وخفنا بزاف على حنين وكنا ديما قالقين عليها، ودركا الحمد الله فهمنا المرض نتاعها ورانا نمشوا معاها غير بشوية ونتبع فنصائح الطبيب والمختصين.

5–وحنين كانت واعية بالمرض نتاعها؟

– مع لول لالا، كانت ترفض دير الأنسولين وتحب تاكل كلش كيما كانت قبل ما تمرض، ودركا بدات تستوعب مرضها وراني معاها ديما ونحاول نفهمها قد ما نقدر ونحافظ على صحتها.

6–وكانت متقبلة الحقن بالأنسولين والنظام الغذائي لي لازم تبعوهولها؟

– ساعات تتقبل وساعات لالا، كي تشوف خاوتها في الدار ولا كي يجونا ضياف ويكونوا ياكلوا في الحلويات ونمنعها هي باش تاكل والله غير دير فيا حالة وتولي تبكي وتروح تقعد وحدها.

7–وأنت راكي متبعتيلها النظام الغذائي كيما يلزم؟

– إيه راني ندير كامل واش يقلي الطبيب.

8–تاكل وحدها ولا مع خاوتها؟

– لالا، تاكل وحدها، ودركا وليت كل واحد ياكل وحدو باش متحسش بروحها غير هي لي تاكل وحدها.

9–وكي تشوف واحد من خاوتها ولا من الجيران ياكل في حاجة تحبها مي ممنوعة عليها كيفاش دير؟

– والله غير سلعات تروح تشري كيفها ولا تاكل معاه كي مانفيقلهاش، وكي نفيقلها نمنعها، تولي تبكي وتعيط ومن بعد تسكت وتروح تقعد وحدها.

10–تسرق الأكل الممنوع عليها تاكلو بلا ما تفيقيلها؟

–لالا، ماتسرقش.

11–كي تسأليها هل كلات ولا ما كلاتش من الأكل الممنوع عليها واش تقلك؟

–تقولس الصح.

12-كيفاش راهي علاقتها بأخواتها؟

-علاقتها مليح مع خاوتها، تقعد معاهم وتلعب معاهم.

13-هل تبدلت علاقتها بأخوتها قبل المرض وبعدو؟

-لالا، ماتبدلتش مع خاوتها.

14-كيفاش راكم تعاملو مع حنين في العائلة؟

- رانا معها غير بشوية، نحبوها كامل ونخافو عليها.

15-تضروها كي دير حاجة ماشي مليحة؟

- لالا، مانضربوهاش مي نعيط عليها هكا باش ماتعاودهاش.

16-عندها صاحباتها لي تحب تقعد معاهم وتلعب معاهم؟

- لالا، ماعندهاش.

17-تحب تخرج تقعد برا (الشارع)؟

- إيه ساعات تقولي حاية نخرج.

18-وكي تخرج تخلوها براحتها برا ولا لمدة صغيرة برك؟

- إيه مانحبش نخليها بر ياسر، نخاف عليها.

19-تخرج وقت ما تحب ولا عندها وقت خاص باللعب؟

-إيه عندها وقت خاص، مانخليها تخرج وقت ماتحب، وهي ثاني ماتحبش تخرج ياسر.

20-المستوى الدراسي نتاعها كيفاش راهو؟

-الحمد لله راهي تقرا مليح.

21-كيفاش راهي علاقتها بزملائها وبالمعلمة نتاعها؟

-عادي ماعندهاش حتى مشكل معاهم، ماعدا المشاركة في القسم ديما تقلي المعلمة نتاعها بلي ماتحبش تشارك.

22-وهذا كان من قبل ولا بعد ما مرضت؟

- لالا، غير جديدة كانت تشارك قبل وكانت تحب دير الأنشطة كامل في القسم، درك ولات ماتحبش ديرهم

23-تاكل ضفارها من لقلقة ولا تضرب روحها؟

- إيه كي تتقلق تولي تبكي وتجبد في شعرها.

24-بصفة عامة هل تغيرت سلوكات حنين بعد الإصابة؟

- إيه، راني نشوف بلي حنين تغيرت، ماولاتش تحب الناس كيما قبل ولات تحب ديما تقعد وحدها وولات تبكي وتعيط ياسر.

-شكرا مدام وإن شاء الله مع العلاج الطبي والتكفل النفسي تولي أحسن.

المقابلة مع أم الحالة الثالثة:

1-صباح الخير.

- صباح النور.

2-مدام معليش نسقسيك على حسان شوية؟

- تفضلي بنتي.

3-شحال عندكم من لي اكتشفتوا إصابة حسان بالسكري؟

- حسان عندو في عامين وهو مريض بسكري.

4-وكيفاش كانت ردة فعلكم انت والوالد نتاعو؟

- أنا طبعا خفت على ولدي وقعدت غير نبكي والوالد نتاعو هو ثاني عندو السكر على هكة ماكنتلوش مفاجئة ولا صدمة.

5-وحسان كان واعي بالمرض نتاعو؟

- لالا، ماكان فاهم والو.

6-وكان متقبل الحقن بالأنسولين والنظام الغذائي لي لازم تبعوهولو؟

- معا لول دار فيا حالة، ماقبلش الأنسولين وكان يخاف من الإبرة نتاعها ياسر، والنظام الغذئي ثاني ماقبلوش كان حاب ياكل واش يحب وقت مايحب كيما كان قبل.

7-وأنت راكي متبعتيلو النظام الغذائي كيما يلزم؟

-إيه راني متبعتهولو كيما راهو يقولي الطبيب.

8-ياكل وحد ولا مع أختو؟

-نعطيه هو وحدو ماكلتو الخاصة ونعطي لأختو وحدها على خاطر هي صغيرة عليه مالزمهاش تاكل من الماكلة نتاعو.

9-وكي يشوف واحد من الجيران ياكل في حاجة تحبها مي ممنوعة عليها كيفاش دير؟

- مايدر والو، الحمد لله درك ولا يفهم وعلبالو واش ياكل وواش مايكلش.

10-يسرق الأكل الممنوع عليه وباكلو بلا ما تفيقيلو؟

- لالا، مايدرهاش.

11-كي تسأليه هل كلا ولا ما كلاش من الأكل الممنوع عليه واش يقلك؟

- يجاوبني الصح، مايكذبش عليا.

12-كيفاش راهي علاقتو بأختو؟

-مليحة، يحب أختو.

13-هل تبدلت علاقتو بأخوتو قبل المرض وبعدو؟

- لالا، ماتبدلتش.

14-كيفاش رآكم تعاملو مع حسان في العائلة؟

- رانا مدلينو وغير واش يقول، كامل نحبوه.

15-تضربوه كي يدير حاجة ماشي مليحة؟

- لالا، مانضربوهش، نحكو معاه بلعقل ونفهموه.

16-عندو صاحبو لي يحب يقعد معاهم ويلعب معاهم؟

- لالا، ماعندوش يحب يلعب وحدو.

17-يحب يخرج يقعد برا (الشارع)؟

- لالا، يحب يلعب في الدار.

18-وكي يخرج تخلوها براحتو برا ولا لمدة صغيرة برك؟

- أنا نخليه براحتو، مي هو لي مايحبش يقعد البر ياسر.

19-يخرج وقت ما يحب ولا عندو وقت خاص باللعب؟

- لالا، عندوا وقت خاص باللعب، ووقت خاص بقرايتو.

20-المستوى الدراسي نتاعو كيفاش راهو؟

- الحمد لله راهو مليح.

21-كيفاش راهي علاقتو بزملائو وبالمعلمة نتاعو؟

-علاقتو مليحة معاهم.

22-وهذا كان من قبل ولا بعد ما مرض؟

- بعدما مرضت قبل ما كانتش دير كبما هكا.

23-ياكل ضفارو من لقلقة ولا يضرب روحو؟

- لالا، مايدرش هاذو كامل.

24-بصفة عامة هل تغيرت سلوكات حسان بعد الإصابة؟

- ماتغيرش بزاف، برك يحب يلعب وحدوا هذا واش لاحظت عليه.

- **شكرا مدام و إن شاء الله مع العلاج الطبي و التكفل النفسي يولي أحسن.**