

الفصل الأول

اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد (ADHD)

أولاً : التعريف بمشكلة ADHD

ثانياً : نبذة تاريخية عن مشكلة ADHD

ثالثاً : أبعاد مشكلة ADHD

رابعاً : نسبة انتشار مشكلة ADHD

خامساً : تشخيص مشكلة ADHD

سادساً : عرض لبعض الحالات من الأطفال ذوى ADHD

سابعاً : بعض المشكلات السلوكية والتعليمية المرتبطة بمشكلة ADHD

ثامناً : أسباب مشكلة ADHD

تاسعاً : علاج مشكلة ADHD أو تخفيف حدتها

عاشراً : بعض النظريات التى تفسر مشكلة ADHD

حادى عشر : مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

الفصل الأول

اضطراب عجز الانتباه المصحوب

بالنشاط الحركى الزائد ADHD

أولاً : التعريف بمشكلة ADHD :

تعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل العمرية فى حياة الإنسان، حيث تؤثر الخبرات التى يمر بها الإنسان فى هذه المرحلة على شخصيته المستقبلية ، لذا تحظى هذه المرحلة باهتمام الكثير من العلماء والمتخصصين فى المجالات المختلفة .

فالطفولة منذ أمد بعيد تحظى باهتمام رجال الطب والاجتماع وعلم النفس ، حيث يحاول المختصون فى شتى ضروب هذه العلوم فهم العديد من خصائص النمو والمشكلات الحيوية والاستجابات وردود الأفعال فى حياة الصغار بهدف إقامة الأطر والأسس التى تشكل حياة الأطفال مظاهرها المتباينة (عبد المجيد أحمد ، زكريا الشربيني ، ١٩٩٨ ، ٢٤) .

ويرجع هذا الاهتمام إلى إدراك الآباء والمعلمين والمتخصصين بدراسة الطفولة لقيمة هذه المرحلة وتقديراً منهم لأهميتها ، ذلك لأن آثارها تنعكس سلباً وإيجاباً على شخصية الطفل المنتظرة .

(عبد العلي الجسماني ، ١٩٩٤ ، ٢١)

من هنا كان اهتمام الأسرة والمجتمع بالطفل والطفولة هو اهتمام بالمستقبل فهو خدمة فى الحاضر وبناء واستثمار فى المستقبل .

(محمود حمودة ، ١٩٩١ ، ٧)

ويشير حامد زهران إلى أن الطفل قد يعانى من بعض المشكلات النفسية فى حياته اليومية ، هذه المشكلات يجب الاهتمام بها وعلاجها قبل أن يستفحل أمرها وتحول دون النمو السوي (حامد زهران ، ١٩٨٠ ، ١٧٠) .

ولقد أوضح زكريا الشربيني عدد من هذه المشكلات التى يتعرض لها الطفل و تحول دون صحته النفسية مثل : الكذب ، السرقة ، الغيرة ، الخوف ،

الخجل ، اضطرابات الكلام ، الاكتئاب ، اضطراب نقص الانتباه مفرط النشاط " النشاط الزائد " ، اضطرابات اللزمات ، العدوان .

(زكريا الشربيني ، ١٩٩٤ ، ٧ - ٨)

ويعد اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* أحد هذه المشكلات التى يتعرض لها الأطفال فى سن المدرسة وما قبلها وهو يمثل مشكلة للوالدين والمعلمين ومن يتعاملون مع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب على المستوى الأكاديمي والسلوكي والاجتماعي (سعيد إبراهيم ، السيد السمدونى ، ١٩٩٨ ، ٨٩) .
ولقد أوضح (Kapalka,2002) أن المشكلات السلوكية للأطفال نوى ADHD لا تقتصر على المنزل أو المدرسة وإنما تكون فى الأماكن الخارجية ويصعب التحكم فيها مثل المطاعم والمحلات وأماكن العبادة .

ولقد أطلق على هذا الاضطراب أسماء كثيرة منها : إصابة المخ *Brain Injury* ، الاختلال الطفيف فى وظيفة المخ *Minimal Brain Dysfunctio* ، فرط الحركة *Hyperkinetic* ، فرط النشاط *Hyperactivity* ، اضطراب الانتباه *Attention Deficit* وأخيراً اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) (Silver,1990,395-396) .

وهذا المصطلح (ADHD) تم تعريفه من قبل جمعية الطب النفسى الأمريكية (A. P. A.) *American Psychiatric Association* عام ١٩٨٧ عندما قامت بمراجعة الدليل التشخيصى الإحصائى لأعراض مختلف الاضطرابات العقلية *Diagnostic & Statistical Manual (D.S.M.)* وأصدرت الطبعة الثالثة المنقحة منه (DSM-IIIR) حيث ألغت التمييز بين اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد بسبب عدم وجود أدلة تطبيقية تدعم هذا التمييز أو تقف خلفه ومن ثم فقد قررت A.P.A. أن تتعامل مع اضطرابات الانتباه كمكون واحد أطلقت عليه اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) (فتحي الزيات ، ١٩٩٨ ، ٢٦١) .

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ADHD ———

ويعبر مصطلح ADHD عن مشكلة سلوكية شائعة وهى مشكلة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد وهذا المصطلح حديث وهو يوصف بتشتت انتباه لدى الطفل ، قابلية للاستثارة ومستويات عالية من النشاط (Santrock,1995,377) .

كما أن هذا المصطلح يشير إلى اضطراب له خصائص معينة وهى صعوبات فى الحفاظ على الانتباه ناتجة عن قدرة محدودة على التركيز ويشمل أيضاً سلوكيات من الاندفاعية والنشاط الحركى الزائد (Slavin,1997,438) . كما تعرفه مركز دعم الآباء بأنه مشكلة سلوكية شائعة فى الطفولة هذه المشكلة تجعل الأطفال من الصعوبة عليهم أن يواصلوا انتباههم وغالبا ما يظهرون مستويات غير عادية من النشاط والسلوك الحركى .

(Parent Resource Center,1999)

والطفل الذى يتصف بهذه المشكلة يعانى من ارتفاع مستوى النشاط الحركى بصورة غير مقبولة ، عدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه (عبد العزيز الشخص ، ١٩٨٤ ، ١٠٠) .

فالطفل زائد النشاط دائماً مزعج لأقرانه ومدرسيه وعائلته ومجتمعه ، وهذا الطفل يندesh عندما يقابل سلوكه بغضب واعتراض من الآخرين ، فهو يبدو للوهلة الأولى وكأنه طبيعى فلا تظهر عليه أية صعوبات عقلية أو شخصية ولكن بعد ذلك تظهر عليه هذه الصعوبات ، لذلك فإن النشاط الزائد يمثل لغز بالفعل (Davison & Neale, 1994, 429) .

ولا يقتصر سلوك الأطفال ذوى ADHD على زيادة النشاط أو الانتباه وإنما أيضاً فى صعوبة الاستجابة بطريقة مناسبة وهادفة تجاه أي شئ كما أنهم عاجزون عن التحكم فى سلوكهم حتى لفترة قصيرة .

(Woolfolk,1995,135)

وتعد هذه المشكلة إحدى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال في شتى مراحلهم العمرية وهي لاقت العديد من الاهتمام على المستوى العالمي نظرا لأنها تمس مرحلة عمرية من أهم المراحل في حياة الإنسان كما أنها تؤثر على حياة الطفل الاجتماعية والنفسية والصحية والتعليمية . وتتكون مشكلة ADHD من ثلاثة أنماط سلوكية هي : نقص الانتباه ، الاندفاعية ، النشاط الحركي الزائد وهذه الأنماط الثلاثة مترابطة فيما بينها وتعتبر عن مشكلة واحدة وهي مشكلة ADHD .

حيث توصل صلاح الدين الشريف إلى وجود ارتباطات دالة بين أبعاد المشكلة وهي النشاط الحركي ، نقص الانتباه ، التسرع (الاندفاع) وهو بذلك رأى أن هذه الارتباطات الدالة تعبر عن مشكلة سلوكية .

(صلاح الدين الشريف ، ١٩٩١ ، ٦٥٧)

ثانياً : نبذة تاريخية عن مشكلة ADHD

لقد مرّ مصطلح ADHD بمسميات عديدة ، حيث تم إصدار تعريفات كثيرة للمصطلح إلى أن وصل لتسميته الحالية (ADHD) وهي التسمية التي أصدرت في الدليل التشخيصي الإحصائي لمختلف الاضطرابات الطبعة الثالثة المنقحة DSM-III R في عام ١٩٨٧ وظلت هذه التسمية منذ هذا التاريخ وحتى كتابة هذه السطور ولم تتغير .

ومصطلح ADHD أطلق عليه أسماء كثيرة منها تلف المخ الطفيف *Minimal Brain Damage* ، الاختلال الطفيف لوظيفة المخ *Minimal Brain Dysfunction* ، اضطراب فرط الحركة *Hyperkinetic Disorder* ، اضطراب فرط النشاط *Hyperactivity* . وهذه المسميات تصف الإصابة العضوية بالمخ التي قد تكون سبباً أو تصف الاختلال الفسيولوجي أو تصف جزءاً من الصورة الإكلينيكية (محمود حموده ، ١٩٩١ ، ١٥٢) .

وباستعراض التطور التاريخي للمصطلح خلال سنوات القرن العشرين نجد أنه في عام ١٩٠٢ كان يسمى نقص في التحكم الخلقي - *Defect in Moral Control* ، وفي عام ١٩١٧ - ١٩١٨ كان يسمى مرض وبائي ناتج عن التهاب المخ *Encephalitis Epidemic* ، وفي عام ١٩٢٧ كان يسمى انسياق عضوي *Organically Driven* ، وفي عام ١٩٣٠ كان يسمى تلف في المخ *Brain Damage* ، وفي عام ١٩٣٧ كان يسمى صفات متناقضة ظاهرياً *Paradoxical* (House,2000) .

وقبل بداية الأربعينيات من القرن العشرين كان ينظر للأطفال ذوي صعوبات التعلم *Learning Disabilities* على أنهم إما مضطربين انفعالياً أو متخلفين عقلياً أو لديهم عجز اجتماعي وثقافي ، ولكن مع بداية الأربعينيات وجد الباحثون سبباً رابعاً لصعوبات التعلم وهو السبب العصبي ، ولكن مع نتائج الأبحاث المبكرة في هذه الفترة توصلت إلى أن جميع هذه المشكلات سببها تلف في المخ *Brain Damage* ولأن هؤلاء الأطفال غالباً ما يبدون طبيعيين لذلك تحول المصطلح الأخير إلى تلف المخ الطفيف *Minimal Brain Damage* ، ثم توالى الأبحاث و توصلت إلى أن هؤلاء الأطفال لا يعانون من تلف في المخ من الناحية الفسيولوجية ولكن يعانون من خلل في أداء المخ لوظيفته ومن ثم تحول المصطلح الأخير إلى خلل طفيف في وظيفة المخ *Minimal Brain Dysfunction* وكان هذا في بداية الستينيات وهذا المصطلح الأخير يشير باختصار إلى الأطفال الذين يعانون من :

- ١- صعوبات تعلم .
- ٢- حركة زائدة وقابلية للتشتت وضعف انتباه واندفاعية .
- ٣- مشكلات اجتماعية وانفعالية .

(Silver,1990,394-395)

ثم بعد ذلك وفى عام ١٩٦٨ أصدرت جمعية الطب النفسى الأمريكية الدليل التشخيصى الإحصائى - الطبعة الثانية DSM-II والذي فيه بدأ ينظر إلى اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد على أنه رد فعل حركى مفرط فى مرحلة الطفولة *Hyperkinetic Reaction of Childhood* .
(سعيد إبراهيم ، السيد السمدانى ، ١٩٩٨ ، ٩١)

والمصطلح *Hyperkinetic* هو صفة من الكلمة اليونانية *Hyperkinesis* حيث *Hyper* تعنى " Over " يعنى زيادة أو فرط و *Kinesis* تعنى *Motion* يعنى حركة (Davison&Neale,1994,429) ، ثم بعد ذلك وفى عام ١٩٨٠ أصدرت جمعية الطب النفسى الأمريكية الطبعة الثالثة من الدليل السابق والذي فيه تحول المصطلح من رد فعل حركى مفرط إلى مصطلح اضطراب نقص الانتباه *Attention Deficit Disorder* والذي يمكن أن يحدث مع أو بدون النشاط الزائد ، وبهذا التغير فى المصطلح فإن العجز المعرفى *Cognitive Limitation* جاء ليأخذ مكاناً متميزاً فى تكوين هذا الاضطراب .
(Meents,1989,169)

وفى عام ١٩٨٣ أجرى *Porrino* وزملاؤه دراسة تناولت أعراض الانتباه وقد أوضحت نتائج التحليل العاملى لهذه الدراسة أن عجز الانتباه وفرط النشاط الحركى عرضان لاضطراب واحد وليس نمطين مستقلين ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسى الأمريكية عام ١٩٨٧ بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة للدليل الإحصائى *DSM-III* دمجت فرط النشاط الحركى مع اضطراب الانتباه فى مصطلح جديد هو *ADHD* وهى الأحرف الأولى من الكلمات *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* وتعنى اضطراب عجز الإنتباه المصحوب بنشاط حركى زائد وأدخل هذا المصطلح الجديد فى الطبعة المنقحة للدليل *DSM-IIIR* وظل هذا المصطلح الجديد (*ADHD*) معمولاً به ومتداولاً حتى الآن (السيد سيد ، فائقة بدر ، ١٩٩٩ ، ٣٤) .

وبعد إصدار الطبعة الرابعة للدليل *DSM-IV* فى عام ١٩٩٤ ظلت التسمية الأخيرة كما هي ولكن مع تغير طفيف فى الأنماط الداخلية للمصطلح حيث أنه من المعروف أن مصطلح *ADHD* يتكون من ثلاثة أنماط فرعية هي نقص الانتباه ، النشاط الزائد ، الاندفاعية ، ولكن فى *DSM-IV* تم دمج نمطى النشاط الزائد والاندفاعية فى نمط واحد أطلق عليه النشاط الزائد - الاندفاعية (*Hyperactive-Impulsive*) ، وبذلك أصبح المصطلح يتكون من ثلاثة أنماط فرعية هي :

١- ضعف فى الانتباه .

٢- النشاط الزائد - الاندفاع .

٣- كلا النمطين السابقين .

والنمط الأخير يمثل غالبية الأطفال الذين لديهم *ADHD* .

(*Halgin&Whitbourne,1997,383;Davison&Neale,1998,409*)

وأخيراً أشار قسم الصحة وخدمات الإنسان إلى أنه بغض النظر عن تسمية الاضطراب فهناك حقيقة لا يمكن إغفالها وهى أن هذا الاضطراب يمثل مشكلة حقيقية فى حياة العديد من الأطفال وعائلاتهم ، وهو يؤثر بصفة أساسية على الأطفال فى عمر المدرسة وغالباً الذكور ، كما أن هناك بعض المراهقين والبالغين يمكن أن يصابوا به أيضاً وهذا الاضطراب ليس جديداً حيث أنه معروف منذ البدايات المبكرة للقرن العشرين .

(*Department of Health and Human Services ,2000*)

يتضح مما سبق أن مصطلح *ADHD* مرّ بمسميات مختلفة خلال سنوات القرن العشرين ففى عام ١٩٠٢ (نقص فى التحكم الخلقى) ، وفى عام ١٩١٧ - ١٩١٨ (التهاب المخ) ، وفى عام ١٩٢٧ (انسياق عضوي) ، وفى عام ١٩٣٠ (تلف عقلى) ، وفى عام ١٩٣٧ (تناقض ظاهري) وفى عام ١٩٦٠ وما بعدها (تلف المخ الطفيف ثم خلل طفيف فى وظيفة المخ) ،

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد *ADHD* ———

وفى عام ١٩٦٨ (حركة زائدة) وفى عام ١٩٨٠ (اضطراب نقص الانتباه) وفى عام ١٩٨٧ (*ADHD*) والذي ظل سائداً حتى الآن .

ثالثاً : أبعاد مشكلة *ADHD* :

طبقاً للطبعة الرابعة للدليل التشخيصى الإحصائى *DSM-IV* فإن الأعراض الأساسية لهذه المشكلة تتمثل فى ثلاثة أبعاد رئيسية ، وهذه الأبعاد التى ظهرت فى الطبعة الرابعة من الدليل تم الاتفاق عليها وعدم تعديلها أو إضافة أبعاد إليها حتى الطبعات الحديثة من الدليل ، ونتيجة لذلك يمكن عرض أبعاد مشكلة *ADHD* (تشتت الانتباه ، الاندفاعية ، النشاط الحركى الزائد) بالتفصيل على النحو الآتى :

١ - تشتت الانتباه *Inattention*

أحياناً يطلق عليه نقص الانتباه أو عجز الانتباه أو الصعوبة فى مواصلة الانتباه أو ضعف فى الانتباه وكلها تحمل معنى واحدة وهى نقص القدرة على الانتباه للمثيرات المطلوبة .

وتتمثل أعراض تشتت الانتباه فى صعوبة الطفل فى التحكم فى سلوكه فى المواقف التى تتطلب الجلوس لفترة معينة مثل الفصل الدراسى أو المطعم كما أنه لا يستطيع الكف عن الحركة أو التحدث إذا طلب منه ذلك (*Davison&Neale,1998,409*) .

كما أنه غير مهتم بعمله وينسى مهامه اليومية العادية مثل الكتب الدراسية أو الواجب المدرسى ويفقد متعلقاته ويعانى من صعوبة فى تنظيم أعماله المدرسية (*Halgin &Whitbourne,1997,383*) .

وتشمل المشكلات الانتباهية الانزعاج فى ممارسة العمل ، مشكلات فى التركيز وخاصة فى العمل المدرسى أو المهام المختلفة ، ضعف القدرة على الإلتصاف ، ويفشل فى إنهاء الأعمال التى تم بدؤها تَوَّأ (*Houston, et al.,1989,675*) .

كما أشار مركز خدمات الصحة العقلية إلى أن الطفل مشتت الانتباه لديه سعة انتباهية قصيرة ،عدم إدراك التفاصيل ، إصدار الكثير من الأخطاء ، الفشل فى إتمام الأشياء ، النسيان السريع ، لا يحسن الاستماع وغير منظم (Center of Mental Health Services,1998) .

وأوضح Nevid وزملاؤه أن تشتت الانتباه *Inattention* يظهر فى أنماط سلوكية منها أنه غالباً لا يبدو منصتاً عندما يتم التحدث إليه مباشرة كما يتجنب القيام بالمهام *Tasks* التي تتطلب جهداً عقلياً مثل الواجب المدرسي (Nevid, et al.,1997,471) .

يتضح من العرض السابق أن نمط تشتت الانتباه يتعلق بسلوكيات تدور حول عملية عقلية هامة وهى عملية الانتباه ، فهذه السلوكيات سالفة الذكر ناتجة عن عدم قدرة الطفل على الانتباه مما يؤدى إلى عدم قدرته على أداء المهام المطلوبة منه مثل الاستماع للشرح أو أداء الواجب المدرسي أو الاحتفاظ بالمتعلقات أو تنظيم أدواته المدرسية وهى كلها سلوكيات مطلوبة ومهمة ولا يستطيع الطفل بدونها مواصلة دراسته بنجاح .

٢ - الاندفاعية *Impulsivity* :

إن نمط الاندفاعية يتمثل فى العديد من الأعراض السلوكية التي تصدر من الأطفال ذوى *ADHD* ومن هذه الأعراض الميل إلى التحدث أو أداء أى شىء دون التفكير فيما سيتم قوله أو فعله ،كما أن الطفل المندفع عاجز عن توقع توابع سلوكه وهو يستجيب لأى سؤال بسرعة دون تفكير ، ويعبر الطريق دون النظر إلى إمكانية وجود سيارات مارة من عدمه وأيضاً يقحم نفسه على الآخرين (Faas,1980,71) .

كما أن الطفل المندفع يبدو تحت رحمة اندفاعه *At the Mercy of his Impulse* فهو غير قادر على التفكير وعلى التحكم فى سلوكه

واستجابته والتي تكون غالباً معدومة التفكير وذلك فى المواقف الاجتماعية والتعليمية المختلفة (Kauffman,1985,198-199) .

كما ذكرت جمعية صعوبات التعلم بأمريكا أن الطفل المندفع لا يفكر قبل أن تحدث أو يفعل أي شئ ولا يدرك مدى تأثير أفعاله على الآخرين (Learning Disabilities Association of America,2000) .

كما أن من مظاهر الاندفاعية عدم قدرة الطفل على انتظار دوره فى ممارسة الألعاب مثلاً ، كما أنه يصرخ تكراراً فى الفصل .
(Nevid,et al.,1997,471)

يتضح من العرض السابق أن سلوكيات نمط الاندفاعية ، تدور حول التهور والتسرع وعدم التفكير فى عواقب الاستجابة قبل إصدارها مما يعرض الطفل لمخاطر جمة اجتماعية وتعليمية فهو يقحم نفسه على الآخرين ويضايقهم كما أنه لا يفكر فى السؤال المطروح عليه كما أنه يعبر الشارع المزدهم بالسيارات بدون وعى وأيضاً مغل بالنظام .

٣- النشاط الحركى الزائد Hyperactivity :

أحياناً يطلق عليه النشاط الزائد أو الحركة الزائدة أو فرط النشاط أو النشاط المفرط أو النشاط الحركى المفرط وكلها تحمل معاني واحدة وهى وجود أنشطة حركية زائدة عن الحد الطبيعى لدى الطفل ، وتتمثل الأعراض السلوكية للنشاط الحركى الزائد فى التملل ، الجري بطريقة غير طبيعية ، الصعوبة فى اللعب بهدوء ، التحدث بكثرة .

(Halgin&Whitbourne, 1997,383)

كما أن الطفل زائد النشاط يتملل غالباً فى حركته ولا يمكنه أن يستقر هادئاً على المقعد (Nevid, et al.,1997,471) .

والطفل زائد النشاط هو الذى يظهر متحركاً بالرغم من أنه فى وضع ثبات على الأرض ، يمص أصابعه ، يهز رجليه ، يدفع الآخرين بدون سبب واضح ، يتحدث بكثرة ، يتملل .

(Davison & Neale,1998,409)

كما أشار زكريا الشربيني (١٩٩٤ ، ٢٠١) إلى أن أهم المظاهر السلوكية للنشاط الزائد هي : كثرة الحركة - تسلق الأشياء - التملل من الجلوس لفترة - كثرة الحركة أثناء النوم .

أيضا ذكر مركز دعم الآباء أن الأطفال زائدى النشاط يبدون دائما فى حركة ولا يمكنهم أن يبقوا جالسين ، يدورون حول أنفسهم ، يتحدثون بكثرة ، يشعرون دائما بعدم الراحة ومن الصعب عليهم الاستماع والجلوس هادنين حول درس معين كما أنهم يحاولون أن يفتطوا أكثر من عمل مرة واحدة ويتنقلون من نشاط لآخر دون إتمام النشاط السابق (Parents Resource Center,1999) .

يتضح مما سبق أن سلوكيات النشاط الحركى الزائد تدور حول الحركة التى يصدرها الطفل فى أوقات وأماكن غير مناسبة حيث أن هؤلاء الأطفال غير مستقرين ، متململين ، لا يمكنهم الجلوس هادنين أثناء الشرح ، التنقل من نشاط إلى آخر دون تركيز أو هدف محدد ، غير متبعين للتعليمات والقواعد مما يؤثر سلباً على مواصلتهم الدراسية وعلى علاقتهم بذويهم ووالديهم ومدرسيهم وأطبائهم .

رابعاً : نسبة انتشار مشكلة ADHD :

تنتشر مشكلة ADHD بين نسبة معينة من الأطفال ، هذه النسبة تختلف باختلاف عوامل كثيرة منها الجنس ، العمر ، البيئة المحيطة ، العينة المنتقاه ، أدوات التشخيص ، ... الخ .

وفى هذا الصدد أشار كل من Davison&Neale إلى أنه من الصعب تحديد النسبة الفعلية لانتشار مشكلة ADHD بين الأطفال ويرجع ذلك إلى إصدار تعريفات كثيرة للاضطراب الذى تمثله المشكلة خلال السنوات الأخيرة ، وأيضا بسبب الاختلاف فى عينة الدراسة المنتقاة .

(Davison&Neale,1998,410)

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ADHD ———

فنسبة انتشار هذه المشكلة تتفاوت تفاوتاً كبيراً ، نظراً لاختلاف التعريفات وأدوات القياس المستخدمة (Hoghughi,1992,189) .

وفى هذا الصدد أشار Adler&Terry إلى أنه نظراً لتغير تعريف النشاط الزائد (ADHD حالياً) لا يمكن تحديد العدد الفعلى من الأطفال ذوى النشاط الزائد فى أمريكا ، ولكن على الرغم من ذلك فإن هناك إحصائية توصل إليها James Satter فى عام ١٩٧١ تؤكد على أن هناك ٣٥ ألفاً من الأطفال على الأقل فى لوس أنجلوس لديهم نشاط زائد وأن نسبة النشاط الزائد داخل كل فصل تصل إلى ٤ ٪ (Adler & Terry ,1982,3) .

وتسير فى نفس الاتجاه مؤسسة الصحة العقلية بالقول أنه من الصعب أن نحدد العدد الفعلى للأطفال ذوى ADHD على المستوى العالمى نظراً لاختلاف الأقطار ، والتي تستخدم طرقاً مختلفة فى تشخيص هذه المشكلة . فمثلاً التشخيص فى إنجلترا يعتمد على عدد محدود من الأعراض لذلك نجد أن نسبة الانتشار تتراوح بين ٠,٥ - ١ ٪ فقط . وفى المقابل يعتمد التشخيص فى الولايات المتحدة الأمريكية على قطاع عريض من الأعراض لذا نجد أن نسبة الانتشار تتعدى ١٠ ٪ (Mental Health Foundation, 2000) .

وهناك عدة حقائق تتعلق بانتشار هذه المشكلة كالتالى :

- إن النشاط الزائد يعد من أهم المشكلات السلوكية التى تنتشر بين الأطفال .
- إن عدد الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد أعلى من عدد الأطفال الذى يعانون من أى مشكلة سلوكية أخرى .
- إن النشاط الزائد ينتشر بين أطفال المرحلة الابتدائية .
- إن الذكور هم الأكثر تعرضاً لهذه المشكلة من الإناث .

(علا إبراهيم ، ١٩٩٩ ، ٢٧ - ٢٨)

وفيما يلى جدول يبين نسب انتشار هذه المشكلة فى بعض دول العالم :

جدول (١ - ١)

نسبة انتشار مشكلة ADHD فى بعض دول العالم

م	المؤلف	العام	نسبة الانتشار	البلد	نسبة الفكور للإناث
١	عبد العزيز الشخص	١٩٨٥	%٥,٧١	مصر	١-٢
٢	صلاح الدين الشريف	١٩٩١	%٧,٧	مصر	١-٩
٣	Angier (from: Nevid, et al., 1997)	١٩٩١	%٥-٣	أمريكا	٣-٩
٤	Hoghughi, M.	١٩٩٢	%٥-٢	إنجلترا	٢-٥
٥	زكريا الشربيني	١٩٩٤	%٢٠-٥	مصر	١-٣
٦	A.P.A (from: Davison & Neale, 1998)	١٩٩٤	%٥-٣	أمريكا	أكثر لدى الذكور
٧	Halgin & Whitbourne	١٩٩٧	%٥-٣	أمريكا	١-٢
٨	American Academy Pediatric	١٩٩٩	%٥-٣	أمريكا	أكثر لدى الأولاد
٩	عبد المنعم الدردير	١٩٩٩	%١٣,١٤	السعودية	أكثر لدى الأولاد
١٠	Mental Health Foundation	٢٠٠٠	%١٠-٠,٥	إنجلترا	١-٥
١١	Mental Health Foundation	٢٠٠٠	أكثر من ١٠%	أمريكا	١-٥
١٢	Mental Health Foundation	٢٠٠٠	%٥-١	العالم	١-٥
١٣	حجاج غانم	٢٠٠١	%٧,٨	مصر	----
١٤	Carbonell	٢٠٠٣	%٥-٣	أمريكا	أكثر لدى الأولاد
١٥	Arnold, et al.	٢٠٠٥	%٥-٣	كندا	-----

ونلاحظ من الجدول السابق ما يلى :

- ١- نسبة انتشار المشكلة على المستوى العربى (مصر والسعودية) أكثر منه على المستوى الغربى (أمريكا وإنجلترا وكندا) فنجد أنه على المستوى العربى تراوحت النسبة بين ٥,٧١-٢٠% بينما على المستوى الغربى تراوحت النسبة بين ٠,٥-١٠% .

٢- نسبة انتشار المشكلة على المستوى العالمى ١-٧% وهى نسبة كبيرة .

٣- أجمعت معظم البيانات السابقة أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر من الإناث .

خامساً : تشخيص مشكلة ADHD :

هناك أساليب عديدة لتشخيص مشكلة ADHD منها : مقاييس التقدير التى تطبق على المعلمين والآباء ، مقابلات الآباء ، الملاحظات المباشرة للطفل ، الاختبارات النفسية المعملية ، التقويم الطبى للطفل ، سجلات المدرسة وتقديرات الأقران (Brock,1997) ، كما أشارت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال إلى أنه ليس هناك اختبار وحيد لتشخيص مشكلة ADHD حيث يبدأ التشخيص عندما يأخذ طبيب الطفل *Pediatrician* التاريخ المرضى له لى يسجل أية اضطرابات قد يكون الطفل تعرض لها فى الماضى ثم يسأل الطبيب عن سلوك الطفل فى المنزل والمدرسة وبصفة خاصة المدرسة والذى يسأل عنه المدرس بعد ذلك يجرى مجموعة من الاختبارات للتأكد من الحقائق التى توصل إليها (American Academy of Pediatrics,1999) .

وهناك عدد كبير من الأطفال تم تشخيصهم على أنهم ذوى ADHD بواسطة أمهاتهم وخصوصاً إذا تم إرسال الاستبيان بريدياً وكانت المفردات لها خياران نعم أو لا . أما أسئلة المقال مثل : هل نشاطه غير عادى فهذه الأسئلة ينتج عنها إجابات فى صالح الطفل وهذه الإجابات لا يتم قبولها إلا إذا تم تأكيدها بآراء الأصدقاء أو الجيران أو جدود الطفل هذا بالإضافة إلى آراء كل من المدرسين والآباء (Stewart & Gath,1978,42) .

وقد استخدمت أيضاً اختبارات الأداء البسيطة مثل متاهات بورتس *Porteus Mazes* أو اختبار بندر للصيغة الكلية البصرية الحركية *Bender Visual Motor Gestalt Test* وكلاهما يتطلب تآزراً بصرياً حركياً ،

قدرة على التخطيط و الانتباه فى قياس النشاط المفرط، ومع ذلك فهذه الاختبارات يبدو أنها تقيس فقط الانتباه أو التسرع بطريقة غير مباشرة ولا تقيس النشاط المفرط ، الذي يمثل خاصية مهمة من خواص زملة ADHD (عبد الرقيب البحيرى ، عفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ٨) .

ويفضل عبد العزيز الشخص (١٩٨٤ ، ١٠٠) مقاييس التقدير التى تطبق على المدرسين لأنه يعتبرها من أبرز المقاييس المستخدمة فى الفصل الدراسي للتعرف على نوى النشاط الزائد من الأطفال حيث أنها سهلة وسريعة الاستخدام كما أن المدرسين هم أكثر المتخصصين قدره على ملاحظة سلوك الأطفال وردود أفعالهم المختلفة .

ولكن أشار عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٧٠) إلى أن قوائم تقدير المدرسين قد تتأثر بلأثر الهالة أى بمدى انطباع المعلم عن التلميذ كما أن المعلم قد يعتقد أن التلميذ مفرط النشاط فقط بالنسبة لعمره أو ظروفه وبذلك يكون الحكم مبنيًا على أسس ذاتية ونتيجة لذلك فضل أسلوب التقدير الذاتي *Self-Report* عن غيرها من المقاييس ليتلاشى العيوب السابقة .

فى حين قرر *Eaton* فى عام ١٩٨٣ أنه يمكن قياس هذه المشكلة بطريقتين إما الملاحظة المباشرة *Direct Observation* أو الأجهزة الميكانيكية *Mechanical Devices* ولكن أشار كل من *Evans&Nelson* فى عام ١٩٧٧ و *O,leary&Johnson* فى عام ١٩٧٩ إلى أن الملاحظة المباشرة تستلزم العديد من الوقت وهى فى النهاية معرضة للخطأ وعدم الثبات فى القياس كما أشار *Schulman* وزملاؤه فى عام ١٩٧٧ إلى أن الأجهزة الميكانيكية غالية ومعرضة للفشل ، لذلك فإن كل من الملاحظة المباشرة والأجهزة الميكانيكية لا يصلحان لقياس ADHD وذلك بسبب رد فعل الطفل المصطنع وهو موجود تحت الملاحظة والقياس حيث أن هناك فروقاً بين سلوك الأطفال الموجودين تحت الملاحظة وغيرهم من العاديين (*Kauffman,1985,172-173*) .

ويؤكد ذلك محمد ربيع (١٩٩٨ ، ١٤٢) الذى أشار إلى أن هناك صعوبات قد تنشأ نتيجة وقوع المفحوصين تحت الملاحظة وما يترتب عليها من تصنع وبعد عن المؤلف ولذلك فهو يفضل أسلوب التقدير الذاتى فى تشخيص المشكلات السلوكية بصفة عامة .

وفيما يتعلق بأسلوب التقدير الذاتى كوسيلة لتشخيص مشكلة ADHD يذكر أنه أثناء مقابلة شخصية مع طفل عمره ٩ سنوات وصف هذا الطفل سلوكه بأنه فى الخط الفاصل بين سلوك النشاط الزائد والسلوك العادى ، كما أن هناك طفلاً آخرأ عمره ١١ سنة وصف سلوكه بأنه دائماً يجرى حول الفصل ويقحم نفسه على زميلته Vicki ويقول لها تكراراً *Sticky-Vicky is very Picky* وهى جملة تخص غذاء Vicki وكثرته ثم تشتكى زميلته للمدرس ، أيضاً يحاول الطفل أن يضايق الناس ويركلهم برجله وهى سلوكيات تدل على بعض أعراض مشكلة ADHD (Kauffman,1985,179-180) .

كما أشار Kottman وزملاؤه إلى أن الأطفال ذوى ADHD يمكنهم أن يشاركوا فى التعبير عن مشكلة ADHD وعن آثارها على حياتهم وعلى تحصيلهم (Kottman,1995,142) .

وفى دراسة (حجاج غانم ، ٢٠٠١) والتى هدفت الى التعرف على أهم العوامل المسهمة فى مشكلة ADHD ، استخدم فيها الباحث أسلوب التقدير الذاتى فى تشخيص المشكلة ، وتوصل إلى أن (٨%) من عدد التلاميذ قدروا أنفسهم على أنهم يصدرون السلوكيات الدالة على مشكلة ADHD وهى نسبة تتفق مع التقديرات العالمية ، مما يعنى صلاحية هذا الأسلوب فى تشخيص المشكلة .

و لقد أوضح (Carbonell,2003) عن تشخيص مشكلة ADHD أن المقابلة الشخصية مع الطفل قد لا تكون مفيدة فى هذا الصدد لأنها قد تأخذ طابع الذاتية ، ولذلك أشار إلى أهمية الأخذ بمقاييس تقدير السلوك من جانب

الآباء والمعلمين والمحيطين بالطفل كمصادر مهمة للحصول على بيانات مستقرة عن المشكلة .

وإذا كان هناك الكثير من الباحثين فضلوا استخدام أسلوب (التقدير الذاتى) *Self-Report* فى تشخيص مشكلة ADHD منهم على وجه الخصوص : (عبد المنعم الدردير ، ١٩٩٩ ؛ *Turnock, et al., 1998* ؛ *Volpe,et al.,1999* ؛ *Richards,et al.,1999*) ، فان المؤلف يرى أن هذا الأسلوب يتعارض مع طبيعة مشكلة ADHD ، والتي تجعل التلميذ غير قادر على الاستجابة لمفردات المقياس بنفسه ، نظراً للأنماط السلوكية غير المرغوبة التى تعكسها هذه المشكلة والتي تعوق عملية استجابة التلميذ للمقياس ، لذا يفضل المؤلف أسلوب تقدير المعلم (رائد الفصل) .

يلاحظ مما سبق أن هناك أساليب عدة لتشخيص مشكلة ADHD مثل :

- التقييم الطبى للطفل والذى يقوم به طبيب الطفل *Pediatrician* .
- أسلوب الملاحظة المباشرة والأجهزة الميكانيكية ولها عيوب لا يمكن تجاهلها عند تشخيص ADHD .
- تقديرات الآباء والتي تفترض وجود حياد وموضوعية من جانبهم عند تشخيص المشكلة كما أن تقديراتهم على سلوك الطفل لا يمكن التسليم بها إلا إذا اتفقت مع آراء الأصدقاء و المدرسين .
- تقديرات المدرسين والتي تتطلب من المدرس الملاحظة التامة لسلوكيات التلميذ .
- التقدير الذاتى والذي أشار إليه كل من *Aron&Aron (1994,542)* ؛ *Hassett&White (1989,36)* على أنه نوع رئيسي من أنواع القياس المستخدم فى علم النفس وهو يعتمد على الاستبيان والمقابلة الشخصية .

التشخيص الفارق لمشكلة ADHD :

لوحظ وجود مظاهر سلوكية مشتركة بين أكثر من مشكلة بالرغم من أن أسباب كل مشكلة مختلفة عن الأخرى وهذا ما يؤدي إلى تشخيص خاطئ للمشكلة ثم بالتبعية استخدام أساليب علاجية خاطئة .

(عمر بن الخطاب خليل ، ١٩٩١ ، ٥١٣)

ولذلك أوضح محمود حمودة (١٩٩١ ، ١٥٦-١٥٧) التشخيص الفارق بين مشكلة ADHD وبعض المشكلات الأخرى كالتالى :

(١) لزمة اضطراب الفص الصدغي قد تمثل بصورة قصر مدى الانتباه وفرط الحركة .

(٢) حالات القلق خاصة قلق الطفل المفرط قد تمثل بفرط حركة وتشتت .

(٣) اضطراب السلوك المصحوب بفرط حركة وعدوان قد يختلط مع مشكلة ADHD .

(٤) نوبات الهوس الخفيف والتي تظهر فى المراهقة وقبلها .

كما أن هناك خصائص لبعض الأطفال التى قد تتشابه فى جانب منها مع الأطفال زائدى النشاط وهى كالتالى :

(١) الأطفال الذين يتم معالجتهم بواسطة المسكنات ضد الصرع هؤلاء الأطفال يبدون زائدى النشاط .

(٢) الأطفال الذين لديهم صعوبات فى القراءة غالباً ما يكون لديهم نشاط زائد .

(٣) الأطفال ذوو السلوك العدوانى غير الاجتماعى يبدون وكأنهم ذوى نشاط زائد (Stewart&Gath,1978,43-44) .

وفى هذا الصدد تشير مؤسسة الصحة العقلية إلى أنه لا يمكننا أن نأخذ عينة دم أو عينة من أشعة X لكى نضع تشخيص ثابت لمشكلة ADHD حيث أن الأطفال لديهم العديد من المشكلات والتي يصعب فصلها عن مشكلة ADHD

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ADHD ———

عند التشخيص مثل صعوبات السمع والفهم واللغة والعديد من السلوكيات الفوضوية فى حياة الطفل (Mental Health Foundation,2000) .

ولذلك فنحن فى حاجة لمعرفة المحكات الأساسية لتشخيص مشكلة ADHD أو ما هو المعيار والذي ابتداءً منه نقول أن طفل معين لديه مشكلة ADHD ؟

محكات تشخيص مشكلة ADHD :

أشارت جمعية الطب النفسى الأمريكية A.P.A. فى DSM-III-R (باعتباره الدليل الذى ثبت عنده تسمية المصطلح ADHD) أنه لا يمكن للطفل أن يشخص على أنه ذو ADHD إلا إذا تحققت المحكات التالية :
أ- يجب أن تكون ثمانى من هذه الأعراض على الأقل قائمة ومستمرة لمدة ٦ شهور أو أكثر :

- (١) يجد صعوبة فى أن يظل جالساً .
- (٢) غالباً ما يعبر عن تملله أو عصبيته من خلال يديه أو قدميه أو يتلوى فى مقعده .
- (٣) يجد صعوبة فى أن يلعب بهدوء .
- (٤) يحدث كثيراً وبصورة مفرطة .
- (٥) غالباً ما يتحول من نشاط لآخر قبل اكتمال أى منه .
- (٦) لديه صعوبة فى أن يظل محتفظاً بانتباهه خلال الأداء على المهام أو أنشطة اللعب .
- (٧) لديه صعوبة فى متابعة الدروس أو التعليمات التى تصدر من الآخرين (ليس اعتراضاً أو فشلاً فى الفهم) .
- (٨) يسهل تشتيته من خلال أية مثيرات خارجية .
- (٩) غالباً ما يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين .
- (١٠) غالباً ما يجيب على الأسئلة باتدفاع وبلا تفكير وحتى قبل اكتمالها .

(١١) لديه صعوبة فى انتظار دوره فى الألعاب أو المواقف الجماعية .

(١٢) غالباً ما ينشغل أو يقحم نفسه بدنيا فى أنشطة خطيرة دون

اعتبار لنتائجها أو ما يترتب عليها .

(١٣) غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة فى

المدرسة أو البيت .

(١٤) يبدو غالباً غير منصت لما يقال له .

ب- البداية قبل سن السابعة .

ج- لا يحقق المستوى المطلوب على محك الاضطرابات النمائية .

(فتحي الزيات ، ١٩٩٨ ، ٢٦٢)

كما أشار عبد العزيز الشخص (١٩٨٤ ، ١٠٧-١٠٨) إلى محك آخر

لتشخيص مشكلة ADHD وهو محك الدرجة الفاصلة *Score-off-Cut* حيث

أشار إلى أن هناك درجة خام تفصل بين ذوى النشاط الزائد (ADHD)

والعاديين من الأطفال وتم تحديد هذه الدرجة على أساس بعدها عن المتوسط

بمقدار ١,٩٦ انحراف معياري (م + ١,٩٦ ع) على المقياس الكلى .

كما استخدم نفس المحك السابق كل من عبد الرقيب البحيرى ،

عفاف عجلان ، ولكن مع تغير الدرجة الفاصلة من (م + ١,٩٦ ع) إلى

(م + ع) عندما أشارا أن مدى انحراف الطفل عن المتوسط بمقدار واحد

انحراف معياري (م + ع) ، يمكن أن يمثل درجة قطع لأغراض التشخيص .

(عبد الرقيب البحيرى ، عفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ٣٩)

كما استخدم نفس المحك عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٥٧-٥٨)

حيث أشار إلى أن شرط وصف التلميذ بأنه ذو ADHD هو حصوله على درجة

تزيد بمقدار انحراف معياري واحد على متوسط درجات زملائه (م + ع) وذلك

فى كل بعد من أبعاد مقياس ADHD (نقص الانتباه ، الاندفاعية ، النشاط

الحركى الزائد) وليس فى ضوء الدرجة الكلية للمقياس .

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ADHD ———

كما اتبع حجاج غاتم (٢٠٠١) نفس المحك الذى اقترحه كل من عبد الرقيب البحيرى ، عفاف عجلان (١٩٩٧) (م + ع) ، وذلك عند تشخيص مشكلة ADHD لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمحافظة قنا .

سادساً : بعض الحالات من الأطفال ذوى ADHD :

فيما يلي عرض لسلوكيات بعض الأطفال ذوى ADHD أحدهم تم تقديره بواسطة الأم واسمه Steve والآخر تم تقديره بواسطة المعلمة واسمه Joshua وثالث تم تقديره بواسطة المعلمة والأم وأيضاً بعض الاختبارات النفسية واسمه Eddie ، وذلك حتى يتسنى فهم المشكلة أكثر من الناحية العملية .

الحالة الأولى

الاسم : Steve	السن : ٧ سنوات
الجنس : ذكر	المقدر : الأم

السلوكيات : يتململ ويتلوى عندما يكون جالسا على ترابيزة السفارة ويجرى عندما يكون المشى هو الأنسب ، نشاطه زائد عن الحد فهو يدور حول المنزل بواسطة طاقة غير موجهة ، واستثارته عالية وإحباطه سهل وبالرغم من أن أخته تصغره بعامين إلا أنها تتفوق عليه فى المهام المدرسية ولأنه غير قادر على الانتباه وذو قابلية عالية على الاستثارة فهو يركز فقط لدقائق معدودة ، فعلى سبيل المثال لا يستطيع أن يجلس ويشاهد T.V مع عائلته ، وبالرغم من أن ذكاء Steve عالى إلا أنه منخفض التحصيل فى المدرسة ونتيجة لذلك فهو يلقي تعنيف مستمر (Adler&Terry,1982,6) .

الحالة الثانية

الاسم : Joshua السن : ٧ سنوات

الجنس : ذكر المقدر : المعلمة

السلوكيات : فى حالة تملل وقابلية للاستثارة فى الفصل . يخرج من مقعده بعد دقائق معدودة من جلوسه عابثاً برف الكتب فى الفصل أو متطلعاً إلى شباك ، عندما يكون فى مقعده يرفس رجله للأمام والخلف ويطبل بإصبعه على المقعد ويظهر مستوى زائد من الحركة ويطلب الذهاب إلى الحمام ثلاث مرات فى الساعة ، يتحدث بسرعة جداً وأفكاره غير منظمة . خلال الإجازة يبدو Joshua عدواني بسيطرته على جميع أدوار اللعب بين زملائه . وفى النهاية قالت المدرسة أنه بالرغم من أن Joshua يظهر مستوى عادى من الذكاء إلا أنه عاجز عن تركيز الانتباه على أى نشاط لعدة دقائق على الأكثر .

(Halgin & Whitbourne, 1997, 384)

الحالة الثالثة

هذه الحالة أشار إليها Spitzer وزملاؤه فى عام ١٩٨٩
وقام بتلخيصها Nevid وزملاؤه

الاسم : Eddie السن : ٩ سنوات

الجنس : ذكر المقدر : المعلمة + الأم +

الاختبارات النفسية

السلوكيات : إن حالة Eddie تمثل بالفعل مشكلة حيث تقرر معلمته أنه مزعج ومتملل مما يؤثر سلباً على تركيز بقية زملائه فى الفصل وهو فى حركة دائمة بالرغم من أنه فى وضع ثبات ويتحدث إلى زملائه بالرغم من أنهم منهمكون فى الدراسة كما أنه يتأرجح من على الأماكن المحمولة بغرض الإضاءة فى الفصل ولا يستطيع أن ينزل . كما أخبرته أمه أن المشكلة بدأت

منذ أن بدأ يمشى وعندما وصل إلى سن الثالثة أصبح سلوكه المزعج والملح غير مطاق كما أنه لا ينام كثيراً ويستيقظ قبل أى أحد فى العائلة ، يجرى فى الطابق الأرضى ويحطم الأشياء فى غرفة المعيشة وفى المطبخ ، وعندما وصل إلى سن الرابعة كسر الباب وخرج إلى الشارع وضل الطريق ولكن تم العثور عليه عن طريق عابر سبيل ، كما أظهرت الاختبارات النفسية أن Eddie قدرته الأكاديمية متوسطة ، ولديه تشتت انتباه . غير مهتم بمشاهدة T.V. أو ممارسة الألعاب التى تحتاج إلى تركيز . ليس له علاقة اجتماعية مع أقرانه ويفضل قيادة دراجته أو اللعب مع كلبه الصغير بمفرده ، يبدو غير مطيع فى المنزل والمدرسة .
أيضاً يختلس كميات قليلة من النقود من والديه وزملائه .
(Nevid,et al.,1997,473)

سابعاً : بعض المشكلات السلوكية والتعليمية المرتبطة بمشكلة ADHD :
هناك بعض من المشكلات السلوكية والتعليمية التى ترتبط بمشكلة ADHD منها ضعف العلاقات الاجتماعية ، القلق ، العدوانية ، صعوبات التعلم ، انخفاض التحصيل ، بالإضافة إلى مشكلات أخرى وفيما يلى عرض لهذه المشكلات :

١- ضعف العلاقات الاجتماعية :- Poor Social Relation

إن الأطفال ذوى ADHD يعانون من مجموعة من المشكلات منها أنهم لا يحسنون التعامل مع الآخرين كما أنهم غير مقبولين من الجماعة وغير متعاونين وليس لديهم أصدقاء كثيرون .

(السيد السمدانى ، ١٩٨٩ ، ٢٢٩)

فالسلكيات غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل الذى يعانى من مشكلة ADHD تؤدى إلى رفضه من المحيطين به وبالتالي فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً .

(السيد سيد ، فائقة بدر ، ١٩٩٩ ، ٦٦)

حيث أشار *Adler&Terry* إلى أن أحد الملامح الخطيرة لدى الأطفال زائدي النشاط هو العجز عن تكوين صداقات أو ممارسة الألعاب مع أقرانه من نفس السن وقد يرجع ذلك إلى الحساسية المفرطة أو قدره ضعيفة على التوافق (*Adler&Terry,1982,6*) وتؤكد ذلك دراسات (*Stein,et al.,1995;Merrell&Wolfe,1998*) حيث توصلت هاتان الدراستان إلى أن التلاميذ ذوي ADHD يتصفون بضعف في المهارات الاجتماعية ومهارات التوافق مع الآخرين مقارنة بالتلاميذ الأسوياء . ولذلك أشار بعض الباحثين بإمكانية استخدام أسلوب تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية لتخفيف حدة مشكلة ADHD لديهم . (*Garey,1997;Frederick&Olmi,1994;Kotkin,1998*)

٢- القلق Anxiety :

يذكر محمود حمودة (١٩٩١ ، ١٧٣) أن القلق مشكلة نفسية يعاني منها الطفل تجعله يشعر بالخوف والانبساط وترقب شر أو مصيبة سوف تقع مستقبلا وصورة مريض القلق تشمل أعراضا نفسية فهي شعور بالخوف وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه ويترتب على ذلك تشتت انتباه المريض وعدم قدرته على التركيز فيما يفعل . ولعل هذا يفسر العلاقة بين القلق وتشتت الانتباه .

كما توصلت دراسة (*Biederman,et al.,1995*) إلى نتائج كان من بينها أن الأطفال مضطربي الانتباه أكثر قلقا من الأطفال العاديين .

٣- العدوانية Aggression :

العدوانية هي استجابة يرد بها المرء على الخيبة والإحباط والحرمان وذلك بأن يهاجم مصدر الخيبة أو بديلاً عنه (أسعد رزوق ، ١٩٩٢ ، ١٧٩) والعدوانية من أهم خصائص التلاميذ ذوي ADHD حيث أوضح كل من *Wiss&Hechrman* في عام ١٩٧٩ أن الأطفال

ذوى فرط النشاط (ADHD) يتسمون بالسلوك العدوانى بدنيا أو لفظيا مع كل من يتعاملون معهم ولا يهتمون بأثر هذا السلوك على الآخرين (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٩٦ ، ١٣٩) .

كما أشار معهد علم النفس المعرفي والسلوكى إلى أن ٣٥ - ٦٠ % من الأطفال مضطربي الانتباه لديهم مشكلات تتعلق بالعدوانية وسوء السلوك والفوضى .

(Institute for Cognitive & Behavioral Psychology,1998)

كما أشار Waddell إلى أن هناك سمات معينة للأولاد تميزهم مع اضطرابات الانتباه لتكون اضطراب فى الشخصية ومن هذه السمات العدوانية والسلوك الاجتماعى (Waddell,1981) .

٤ - صعوبات التعلم Learning Disabilities :

إن مفهوم صعوبات التعلم يصف التلميذ المتوسط أو أعلى ذكاءً إلا أنه يوجد تباين بين تحصيله الفعلى وتحصيله المتوقع فى المجالات الأكاديمية أو أحد فروعها رغم توافر التعليم المناسب والمستوى الاجتماعى والاقتصادى المناسب مع عدم وجود إعاقات بدنية أو حسية بأن لديه صعوبة فى التعلم (جابر عبد الله ، ١٩٩٨ ، ٩) .

وفى الواقع إن هناك علاقة وثيقة بين صعوبات التعلم ومشكلة ADHD حيث أشار فتحى الزيات (١٩٩٨ ، ٢٥٢-٢٥٣) إلى أن اضطرابات الانتباه تقف كأسباب رئيسية وراء صعوبات التعلم كما أن ٣٠-٤٠ % من ذوى صعوبات التعلم لديهم مشكلة ADHD .

كما أشارت جمعية صعوبات التعلم بأمريكا بأن ٥٠-٨٠ % من الأطفال ذوى ADHD لديهم صعوبات تعلم .

(Learning Disabilities Association of America ,2000)

ويوجد شبه اتفاق بين الآراء التى تؤيد بأن هناك عناصر

مشتركة بين مشكلة ADHD وصعوبات التعلم .

حيث ذكر Silver أن كل من مشكلة ADHD وصعوبات التعلم ينتجان عن خلل طفيف فى وظيفة المخ (Silver,1990,395) .

وذكر Slavin أن من خصائص التلاميذ ذوى صعوبات التعلم هو قصور فى الانتباه أو قابلية للاستثارة مع نشاط زائد واندفاعية .
(Slavin,1997,436)

كما ذكر Stewart&Gath أن الارتباط بين صعوبات التعلم والنشاط الزائد قد يرجع إلى أن كل منهما يعتمد على عملية الانتباه .
(Stewart&Gath ,1978,44)

أيضاً ذكر السيد السمدونى أن الأطفال ذوى فرط النشاط (ADHD) يعانون من مجموعة من المشكلات السلوكية كان من بينها صعوبات التعلم (السيد السمدونى ، ١٩٨٩ ، ٢٢٩) .

٥- انخفاض التحصيل Low Achievement :

إن الأطفال ذوى ADHD يتصفون ببعض الصفات المتعلقة بمشكلة ADHD بصفة عامة وبعملية الانتباه بصفة خاصة وهذه الصفات هى ضعف القدرة على الفهم ، الاستجابة الخاطئة ، كثرة النسيان ، شرود الذهن ، ضعف التفكير ، الكتابة الرديئة ، تجنب المواقف التعليمية وهذه الصفات تؤدى حتماً إلى انخفاض تحصيلهم فى المدرسة (السيد سيد ، فاتقة بدر ، ١٩٩٩ ، ٧٢-٧٩) .

إلى أنه من أهم مظاهر ومضاعفات هذا الاضطراب : انخفاض الأداء الأكاديمي والإنجاز المدرسي والمشكلات مع المعلمين والزملاء والسلطات المدرسية (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٢٣) .

كما ذكر Faraone فى عام ١٩٩٣ أن هؤلاء الأطفال لديهم ضعف فى الأداء المدرسي بالمقارنة مع أقرانهم ، كما أنهم يفشلون فى متابعة أو تذكر الدروس اليومية أو إتمام التكاليفات المدرسية ومن المحتمل جداً أن يكون لديهم صعوبات فى التعلم وإعادة السنة الدراسية مما يؤدى إلى تحويلهم إلى فصول التربية الخاصة (Nevid,et al .,1997,470) .

٦- مشكلات أخرى : *Other Problems*

إن لهؤلاء الأطفال خصائص أخرى مثل الميل إلى التمرد على القواعد ، والتي تجعلهم عدوانيين ومتقلبي المزاج ، أيضا النسيان ، فهم يجدون صعوبة فى تذكر الأشياء كما أنهم غالبا يفقدون الأشياء ، ضعف التركيز، مشكلات إدراكية متعلقة بحاستي السمع والبصر ، مشكلات فى السمع والتحدث ، لدغة فى اللسان تسبب زيادة حرف الثاء فى الكلام (*Lisp*) (فى بعض الأطفال) ، تهتهة *Stammer* ، ضعف التآزر الحركي (*Adler & Terry, 1982, 2-3*) .

يلاحظ من العرض السابق أن الأطفال ذوى ADHD لديهم العديد من الخصائص والصفات السلوكية السيئة التى تعوق نموهم السوي فهم عدوانيون وأكثر قلقا وغير قادرين على التعامل مع الآخرين سواء مدرسيهم أو أقاربهم أو أسرهم هذا بالإضافة إلى أنهم يعانون من مشكلات تعليمية مثل صعوبات التعلم وانخفاض التحصيل الدراسى وأيضا النسيان والمشكلات الإدراكية المتعلقة بحاستي السمع والبصر .

ثامناً : أسباب مشكلة ADHD :

توجد العديد من العوامل التى تسبب مشكلة ADHD وقد اتفق العلماء والباحثون إلى تصنيفها إلى أربعة أنواع من العوامل أو المسببات :

- ١ - العوامل الوراثية *Genetic Factors* .
- ٢ - العوامل البيولوجية *Biological Factors* .
- ٣ - العوامل البيئية *Environmental Factors* .
- د - العوامل النفسية والاجتماعية *Psychological & Social Factors* وفيما يلى توضيح ذلك :

١- العوامل الوراثية :

أشار كل من محمود حمودة (١٩٩١ ، ١٥٩) و زكريا الشربيني (١٩٩٤ ، ٢٠٢) إلى أن ١٠% من آباء الأطفال مفرطى النشاط ذوى ADHD كانوا هم أيضا لهم نفس الأعراض فى طفولتهم . كما أثبتت دراسة (smalley,et al.,2002) أن مشكلة ADHD أصلها وراثى *Genetic* عن طريق انتقال ثلاث كروموزومات وراثية (10q26,12q23,16p13) من الآباء إلى الأبناء ، و بصفة خاصة كروموزوم 16p13 الذى يحتوى على جين وراثى لمشكلة ADHD ، وكذلك اضطراب التوحدية .

و أشار *Grantham* فى عام ١٩٩٩ إلى أن (٤٠) % من الأطفال ذوى ADHD لدى آبائهم نفس المشكلة (In:Carbonell,2003) . ويؤكد ذلك *Stevenson* وزملاؤه عندما ذكروا أن مشكلات النشاط الزائد (ADHD) ترجع بصفة كبيرة إلى العوامل الوراثية المنقولة من الآباء (Stevenson, et al.,1993,1147) .

٢- العوامل العضوية " البيولوجية " :

هناك مجموعة من العوامل العضوية التى من الممكن أن تدخل كأسباب رئيسية وراء مشكلة ADHD وهى :

(١) نقص فى بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ (*Neuro Chemical-Transmitters*) مثل السيروتونين (*Serotonin*) ، أمينات الكاتيكول (*Catecholamines*) ، الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (*Monoamines*) ، حيث لوحظ نقص هذه الناقلات فى حالات ADHD مما يشير إلى إمكانية وجود اختلال فى الناقلات العصبية يؤدى إلى ADHD .

(٢) نقص نضج المخ خاصة الفص الجبهى من المخ المرتبط بالسلوك والانتباه وهذا يفسر اختفاء الفطرى الحركى عند الوصول إلى المراهقة .

- (٣) عدم التناسق بين النصفين الكرويين للمخ .
(٤) بعض العقاقير مثل عقار الفينوباربیتال الذى يدخل ضمن علاج الصرع والمغص عند الأطفال والصداع النصفى ، حيث لوحظ أنه ذو تأثير سيئ على الكثير من الأطفال ويؤدى إلى حدوث ADHD لديهم .

(محمود حموده ، ١٩٩١ ، ١٥٩-١٦٠)

كما توصلت دراسة *Ingman* إلى أن عدم التناسق بين النصفين الكرويين للمخ *Hemispheric* يؤدى إلى أخطاء فى إدراك المجال البصرى الأيمن والأيسر مقارنة بالمجموعة الضابطة وهذا الاختلاف بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قد يرجع إلى الاختيارات المنفذة المتعلقة بالمجموعة الأولى .

(*Ingman, 1998, 1458*)

كما أشار *Santrock* إلى أن أخطار ما قبل الولادة التى يتعرض لها الجنين من الممكن أن تسبب سلوكا مرتبطا بمشكلة ADHD .

(*Santrock, 1995, 376*)

أيضا خلل المخ *Brain Dysfunction* يعد أحد الأسباب التى

تؤدى إلى ADHD (*Stewart & Gath, 1978, 53*) .

٣- العوامل البيئية :

العوامل البيئية هى العوامل التى تتعلق بالبيئة الطبيعية المحيطة بالطفل . حيث أشار *Feingold* فى عام ١٩٧٣ إلى أن المواد الحافظة والصناعية التى تضاف إلى الأطعمة *Food Additives* تعمل على تشويش الأنظمة العصبية للأطفال ذوى ADHD ، وبالرغم من ذلك فإن نسبة قليلة من الأطفال ذوى ADHD لا يتناولون هذه المواد فى أطعمتهم ، كما ذكر *Smith* فى عام ١٩٥٧ أن السكر المكرر *Refined Sugar* يمكن أن يسبب مشكلة ADHD . ولكن ذكر *Gross* فى عام ١٩٨٤ و *Wolraich* وزملاؤه فى عام ١٩٨٥ أن هذه المعلومات

لا يوجد بحث يدعمها عملياً . كما أنه بالرغم من أن *Thompson* فى عام ١٩٨٩ ذكر أن التسمم بالرصاص *Lead Poisoning* يمكن أن يكون مرتبطاً بأعراض مشكلة *ADHD* ، إلا أن معظم الأطفال ذوى *ADHD* لا يظهرون مستويات عالية من الرصاص فى دمهم .
(*Davison&Neale,1998,412*)

يلاحظ أن العوامل العضوية سالفه الذكر لا يوجد اتفاق حول تأثيرها السببي على مشكلة *ADHD* لذلك فإن نفس المصدر السابق أشار إلى أن الشيء الوحيد المتفق عليه هو مادة النيكوتين وخاصة تدخين الأم يمكن أن يلعب دوراً مهماً فى ظهور مشكلة *ADHD* .
كما ذكر محمود حمودة أن تسمم الرصاص أو محسنات الطعام أو نقص الأكسجين قبل وأثناء الولادة يؤدي إلى تلف المخ والذي يؤدي بدوره إلى ظهور مشكلة *ADHD* لدى الأطفال .

(محمود حمودة ، ١٩٩١ ، ١٦٠)

وأشار أيضا *Fletcher* فى عام ١٩٨٣ أن ضوء مادة الفلورنست (لمبة النيون) يمكن أن يكون عامل من بين العوامل البيئية التى تسبب مشكلة *ADHD* (*Kauffman,1985,177*) .

٤ - العوامل النفسية والاجتماعية :

هناك العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والتى من المحتمل أن تدخل كمسببات لمشكلة *ADHD* وهذه العوامل كما يلى :

أ - انخفاض مفهوم الذات :

إن الصورة السيئة التى يكونها الطفل عن نفسه من الممكن أن تؤدي إلى السلوكيات التى نراها فى مشكلة *ADHD* حيث أشار عبد العزيز الشخص (١٩٨٥) أن انخفاض مفهوم الذات يدخل ضمن العوامل الرئيسية المرتبطة بالنشاط الزائد عند الأطفال . وتوصلت عدة دراسات إلى وجود علاقة سالبة بين

مفهوم ذات الطفل ومشكلة ADHD منها دراسة (Viro,1998) التى هدفت إلى التعرف على الكفاءة الذاتية *Self-efficacy* كما يدركها الأطفال ذوو ADHD وتكونت عينة الدراسة من ٦٠ ولد (٢٠ ولد من الصف الثالث إلى السادس الابتدائى *Pre-Adolescents* ، ٢٠ ولد من الصف السابع إلى الثانى عشر *Adolescents* وهناك مجموعة أخرى مماثلة بدون ADHD تسمى مجموعة ضابطة) ، توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها أن مجموعة المراهقين ذوو ADHD يشعرون بانخفاض فى مفهوم الذات مقارنة بأقرانهم قبل المراهقين ، وأن مجموعة قبل المراهقين ذوو ADHD لديهم ثقة قوية بالنفس فى قدراتهم ويشعرون بأن المهارات الاجتماعية والتحصيل الأكاديمى مهمين جداً فى الحياة وذلك مقارنة بأقرانهم المراهقين والعاديين ، ودراسة (Holderniss,1997) التى هدفت إلى التعرف على الفروق بين الأطفال ذوى ADHD والأطفال العاديين فى بعض الصفات وكذلك التعرف على الصفات التى تميز أسر الأطفال ذوى ADHD وتكونت عينة الدراسة من ٢٥ تلميذاً ذوى ADHD و١٨ تلميذاً عادياً وهؤلاء الأطفال فى سن قبل المراهقة من الذكور وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن التلاميذ الأسوياء مقارنة بالتلاميذ ذوى ADHD يتصفون بالنمو السوى حيث لا توجد لديهم مشكلات سلوكية كما أنهم يتميزون بارتفاع واضح فى مفهوم الذات ، ودراسة (Demaray,1998) التى هدفت إلى التعرف على العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية ، مفهوم الذات ، المهارات الاجتماعية ، التحصيل الأكاديمى ومشكلة ADHD لدى عينة من الأطفال من جنس الذكور من الصف الثالث إلى السادس الابتدائى موزعين كالتالى : ٤٨ ولداً ذوى ADHD ، ٥٠ ولداً مجموعة

ضابطة ولقد تم التعرف على المعلومات الخاصة بالمسائدة الاجتماعية ومفهوم الذات والمهارات الاجتماعية وسلوك ADHD عن طريق مقاييس معدلة طبقت على التلاميذ وآبائهم ومدرسيهم وتم استخدام معاملات الارتباط كأسلوب إحصائي وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال ذوي ADHD يدركون أنهم أقل في المسائدة الاجتماعية من أقرانهم العاديين وبالتالي فهم أقل في مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية ، ودراسة عبد المنعم الدردير (١٩٩٩) التي هدفت إلى التعرف على بعض العوامل النفسية التي تميز التلاميذ ذوي ADHD مقارنة بالتلاميذ الأسوياء وتكونت عينة الدراسة من ١٤٤ تلميذاً من الصف الخامس الابتدائي موزعين كالتالي : ٧٢ تلميذاً ذوي ADHD ، ٧٢ تلميذاً كمجموعة ضابطة ، وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلاميذ ذوي ADHD والتلاميذ الأسوياء في : مفهوم الذات - التحصيل الدراسي - الأصالة - المرونة لصالح التلاميذ الأسوياء ، ودراسة (حجاج غاتم ، ٢٠٠١) التي هدفت إلى التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية الكامنة وراء مشكلة ADHD لدى (٣٢) تلميذاً من تلاميذ الصف الرابع الابتدائي بمحافظة قنا ، تم تشخيصهم من عينة كلية بلغ قوامها (٤٧٢) تلميذاً ، وتوصلت الدراسة إلى أن انخفاض مفهوم الذات سبب مباشر في ظهور مشكلة ADHD لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، والتي فسرها بأن انخفاض مفهوم الذات لدى الطفل يعني عدم تقبله لذات الجسمية والتي تؤدي إلى اضطرابه الانفعالي وشعوره بالقلق والخوف وفقدان الثقة في قدراته العقلية وإمكاناته الأكاديمية في ضوء ما قرره (عادل الأشول ، ١٩٨٤ ، ١٧-٢١) ، وبالنظر إلى هذه الصفات نجد تؤدي إلى عدم تركيز الطفل في

أعماله و مهامه المدرسية ، كما أن هذا الطفل سيصبح مندفعاً ومتهوراً فى سلوكياته لأنه غير واثق فى إمكانياته و قدراته المختلفة ، أيضاً اضطرابه الانفعالى الناتج عن انخفاض مفهوم ذاته سيجعل حركاته غير هادفة وبالتالي تكون زائدة عن الحد ، مما يؤدى إلى ظهور مشكلة ADHD لديه .

ب- نقص المهارات الادراكية :

يعرف الإدراك على أنه تفسير الشخص للمثيرات التى يتم استقبالها من البيئة وهذه المثيرات قد تكون (مناظر - أصوات - روائح - وغيرها) (Slavin,1997,186) .

كما عرفه عبد المجيد سيد ، زكريا الشربيني بأنه عملية تفسير المحسوسات ، وتقوم على تنميط السلوك وتنظيمه وتشعرنا بوجود هذه المحسوسات ، وينظم الإدراك عن طريق قوى مركزها المخ .

(عبد المجيد سيد ، زكريا الشربيني ، ١٩٩٨ ، ٢٩١)

وحيث أن المخ ينظم عملية الإدراك ، وأن بعض الأطفال ذوى ADHD لديهم اختلال طفيف فى وظيفة المخ لذلك فإن هؤلاء الأطفال قد يكون لديهم نقص فى المهارات الإدراكية .

والمهارات الإدراكية هى المهارات التى يحتاجها الفرد فى عملية الإدراك وقد قسمها Donald فى عام ١٩٨٣ إلى نوعين من المهارات :

(١) مهارات الإدراك البصري Visual Perception Skills :

وتتكون من : التمييز البصري - الذاكرة البصرية - التعرف على الأشياء - التآزر البصري الحركى .

(٢) مهارات الإدراك السمعي Auditory Perception Skills :

تتكون من : التمييز السمعي - الذاكرة السمعية والتتابع السمعي - الربط السمعي (عبد المنعم الدردير ، ١٩٩٣ ، ١٦) .

ونقص المهارات الإدراكية يؤثر بالطبع على سلوك الطفل حيث أشار *Faas* إلى أن الأطفال الذين يفشلون في فهم المثيرات السمعية التي يستقبلونها يصعب عليهم التذكر والاستفادة مما يسمعون مع فقد لعناصر اللغة وأن التلاميذ الذين لديهم صعوبات في المهارات الإدراكية البصرية لابد أن يتعلموا بطريقة خاصة حتى يتم تحسين هذه المهارات وأن التدريب على مهارات الإدراك البصري لابد أن يكمل ولا يستبدل مع التعليم الأكاديمي لهؤلاء التلاميذ (*Faas, 1980,87-95*).

وتوصل عبد المنعم الدردير (١٩٩٣) من دراسته إلى أن التلاميذ الذين لديهم نقص في المهارات الإدراكية السمعية والبصرية يعانون من قصور في المهارات الاجتماعية مقارنة بالعاديين .

كما توصلت دراسات عديدة إلى وجود ارتباط بين النقص في المهارات المتعلقة بحاستي السمع والبصر ومشكلة *ADHD* لدى الأطفال منها : دراسة السيد السمدوني (١٩٩٠) التي هدفت إلى التعرف على خصائص الانتباه لدى الأطفال ذوي *ADHD* والتي تنعكس في مستوى الأداء على المهام التيقظية السمعية والبصرية وتكونت عينة الدراسة من ٨٤ تلميذاً من الذكور تتراوح أعمارهم من ١١ إلى ١٢ عاماً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية في عدد أفرادها : المجموعة الأولى : التلاميذ ذوو فرط النشاط مع العجز في الانتباه *ADHD* ، المجموعة الثانية : التلاميذ ذوو فرط النشاط فقط *H* ، المجموعة الثالثة : التلاميذ العاديون *N* .

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها ، انخفاض مستوى أداء كل من الأطفال ذوي *ADHD* وذوي *H* فقط على اختبارات الانتباه السمعي والبصري وعلى اختبار الذكاء ، و دراسة (*Stern,et al.,1996*) التي هدفت إلى التعرف على الأداء الحركي

لرسم *Graphomotor* لدى الأطفال ذوى المشكلات الانتباهية وعددهم ٤٨ طفلاً فى مدى عمرى يتراوح بين ٨-١٣ عاماً موزعين كالتالى : ٢٤ طفلاً ذوى تشتت انتباه فقط ، ٢٤ طفلاً ذوى *ADHD* وتوصلت الدراسة إلى أن كلا المجموعتين (ذوى تشتت الانتباه وذوى *ADHD*) لديهم قصور فى الأداء الحركى للرسم ، وهذا القصور فى الأداء الحركى يرجع إلى مشكلات فى قصور الانتباه ، كما أن بعد النشاط الزائد والذى يميز المجموعة الثانية عن الأولى يعمل على زيادة إعاقة الأداء الحركى للرسم ، و دراسة (Gomez&Condon,1999) التى هدفت إلى التعرف على بعض المهام السمعية لدى الأطفال ذوى *ADHD* مع أو بدون صعوبات التعلم وتكونت عينة الدراسة من ٤٥ طفلاً من الجنسين موزعين إلى ثلاث مجموعات متساوية فى عدد أفرادها كالتالى ، المجموعة الأولى : التلاميذ ذوى *ADHD* بمتوسط عمرى قدره ٩,٣٣ عاماً ، المجموعة الثانية : التلاميذ ذوى *ADHD Language Learning Disabilities* (*LD+ADHD*) بمتوسط عمرى قدره ١٠,٤٧ عاماً ، المجموعة الثالثة : التلاميذ العاديون (*N*) بمتوسط عمرى قدره ٩,٨٨ عاماً ، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها : لا يوجد اختلاف بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث (*N,LD+ADHD,ADHD*) فى التمييز السمعى والإغلاق السمعى والفهم السمعى، كما يوجد اختلاف بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث فى التكرار السمعى ، كما أن اضطرابات العمليات السمعية من المحتمل أن تكون مرتبطة بصعوبات التعلم *LD* أكثر من مشكلة *ADHD* ، و دراسة خالد الفخرانى (١٩٩٥) التى هدفت إلى التعرف على الفروق فى التأخر البصرى الحركى بين عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية من الجنسين عددهم ٩٠ طفل مقسمين إلى ثلاث مجموعات متساوية فى عدد

أفرادها : المجموعة الأولى : العينة العادية ، المجموعة الثانية : عينة الأطفال مضطربى الانتباه فقط ، المجموعة الثالثة : الأطفال مضطربو الانتباه مع النشاط الزائد ، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها ، أن قدرة الأسوياء على التأزر البصرى الحركى أعلى من الأطفال مضطربى الانتباه مع النشاط الزائد أو بدون ، كما أن قدرة الأطفال مضطربى الانتباه بدون النشاط الزائد أكثر على التأزر البصرى الحركى من الأطفال مضطربى الانتباه مع النشاط الزائد ، ودراسة إنجمان (Ingman,1998) التى هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الانتباه البصرى فى المجالين الأيمن والأيسر بمشكلة ADHD لدى عينة من الأطفال عددهم ٦٠ من جنس الذكور تتراوح أعمارهم من ٩ إلى ١١ و ١١ شهراً موزعين إلى مجموعتين متساويتين فى عدد أفرادهما ، المجموعة الأولى : وهم الأطفال ذوى ADHD ، والمجموعة الثانية : وهم الأطفال العاديون . ولقد تم الحصول على البيانات من دراسة شبه تجريبية سابقة *Archival Data from a Quasi Experimental Study* وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها : أن التلاميذ ذوى ADHD يصدرن أخطاء فى إدراك الأشياء فى المجالين الأيمن والأيسر مقارنة بالمجموعة الضابطة ، كما لا يوجد اختلاف بين إدراك التلاميذ ذوى ADHD للأشياء فى المجال الأيمن وإدراكهم للأشياء فى المجال الأيسر ، ودراسة (حجاج غاتم ، ٢٠٠١) التى توصلت إلى أن تدنى مهارات الإدراك البصرى (التمييز البصرى - الذاكرة البصرية - التعرف على الأشياء - التأزر البصرى الحركى) يعمل على تسرع الطفل وإندفاعيته وتشتت انتباهه وحركته الزائدة عن الحد والتى تؤدى إلى زيادة حدة أعراض مشكلة ADHD .

ج- نقص المهارات الاجتماعية *Social Skills* :

المهارات الاجتماعية هي قدرة الطفل على المبادرة فى التفاعل مع الآخرين والتعاون مع زملاء واتباع التعليمات فى المدرسة وضبط انفعالاته فى مواقف التفاعل الاجتماعى وحل الصراعات بين الزملاء وتقبل الزملاء ومساعدتهم له .

(عبد المنعم الدردير ، جابر عبد الله ، ١٩٩٩ ، ١٧)

وقد حدد *Hoghghi* هذه المهارات فى الآتى :

- (١) مهارة التقديم
- (٢) مهارة التفاعل
- (٣) مهارة المحادثة
- (٤) مهارة الطلب
- (٥) مهارة الإحساس بالآخرين
- (٦) مهارة الشعور بصديقك
- (٧) مهارة التكامل الاجتماعى
- (٨) مهارة الاتجاه نحو الأطفال الآخرين
- (٩) مهارة الاتجاه نحو البالغين
- (١٠) مهارات موقفية خاصة

(*Hoghghi, 1992, 250*)

وقد أشار *Kirk* وزملاؤه إلى أن العديد من الأطفال الذين لديهم اضطرابات سلوكية ليس لديهم فقط فقراً فى السلوكيات التى تجعلهم يتأقلمون مع سائر زملائهم ولكن أيضاً يعانون من ندرة فى المهارات الاجتماعية الإيجابية وذلك ما جعل تحسين المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال هو أحد الأهداف لبرنامج التربية الخاصة .

(*Kirk, et al., 1993, 438*)

وحيث أن قبول الأقران بعضهم البعض يعتبر منبئ قوى للتقدم الحالى والمستقبلي لذلك تم ابتكار بعض الأساليب التى تعمل على تحسين المهارات الاجتماعية ومستويات القبول الاجتماعى لدى الأطفال الذين لديهم ضعف فى المهارات الاجتماعية وهذه الأساليب

تتكون من : تعزيز السلوك الاجتماعي المناسب ، النمذجة (تعلم السلوك الاجتماعي المناسب بواسطة ملاحظة نموذج) ، التعليم (شرح لهذه المهارات ، ولماذا هي مهمة ، إتاحة الفرص الفعلية لهم للتدريب ، متابعة السلوك) (Slavin,1997,95).

وتوصلت عدة دراسات إلى أن النقص في هذه المهارات له علاقة بمشكلة ADHD منها دراسة (Stein,et al.,1995) التى هدفت إلى التعرف على مهارات التوافق *Adaptive Skills* لدى الأطفال ذوى ADHD وذوى اضطراب الانتباه فقط ADD وتكونت عينة الدراسة من ١٦٣ طفلاً من الجنسين تتراوح أعمارهم من ٤ إلى ١٦ عاماً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات :

المجموعة الأولى : الأطفال ذوى ADHD وعددهم ٧٤ طفلاً .

المجموعة الثانية : الأطفال ذوى ADD وعددهم ٤٨ طفلاً .

المجموعة الثالثة : الأطفال ذوى اضطراب النمو العام *Parvasive Developmental Disorder (PDD)* والتخلف العقلى *Mental Retardation (MR)* وعددهم ٤١ طفلاً ، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها :

- مجموعة PDD/MR أقل ذكاءً من مجموعة ADD أو مجموعة ADHD
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات كل من مجموعتى ADD ، ADHD فى مقابل مجموعتى PDD/MR فى مهارات الاتصال - الحياة اليومية - الاجتماعية لصالح المجموعتين الأوليتين .
- مجموعة ADD أفضل فى المهارات الاجتماعية (اتصال - حياة يومية - اجتماعية) يليها مجموعة ADHD ثم مجموعة PDD/MR

د - أساليب المعاملة الوالدية :

يشير *Barkley* إلى أن المهارات الوالدية الفقيرة مثل القواعد المتضاربة والعقاب الشديد والأوامر الزائدة عن الحد وفى أوقات غير مناسبة يمكن أن تؤدي إلى مشكلة ADHD (*Barkley, 1988*) .

كما أن تصدع العلاقات الاجتماعية مثل ظروف الأسرة الاجتماعية والنفسية والعلاقة بين الأب و الأم والأبناء قد يكون ذلك كله سببا من أسبابها (محمد الطيب ، ١٩٩٦ ، ١٤٢) .

إن توافر الجو الأسرى الملائم الذي يشبع حاجات الطفل البيولوجية والنفسية يؤدي إلى تحقيق النمو السليم للطفل وتوافقه الشخصي والاجتماعي وعلى العكس من ذلك إذا ساد جو أسرى بيئي غير سليم وملئ بمواقف الحرمان والصراعات فإن ذلك ينعكس على شخصية الطفل ويجعله مضطرباً ويبعده عن السوية الأمر الذي ينعكس أثره على سلوك الطفل فى جميع مظاهره .

(محمد حسين ، ١٩٨٦ ، ٤)

لذلك تعد أساليب المعاملة الوالدية من أهم العوامل التى تتشكل شخصية الطفل المستقبلية فى ضونها . وأحياناً يطلق على هذه الأساليب لفظ اتجاهات لأن الأسلوب الذي يسلكه الوالدان فى تنشئة أبنائهما هو عبارة عن اتجاه معين يأخذه أحد الوالدين أو كلاهما ويتعامل من خلاله مع الأبناء .

وتعرف أساليب المعاملة الوالدية أو الاتجاهات الوالدية على أنها الإجراءات والأساليب التى يتبعها الوالدان فى تطبيع أو تنشئة أبنائهما اجتماعياً أي تحويلهم من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية وهذه الاتجاهات والأساليب كالتالى : (التسلط ، الحماية الزائدة ، الإهمال ، التدليل ، إثارة الألم النفسى ، القسوة ، التذبذب ، التفرقة ، السواء (هدى قناوى ، ١٩٩٦ ، ٨٣) .

والأساليب الوالدية تؤثر على سلوكيات الأطفال الذين يعيشون خاضعين لهذه الأساليب وهذه الأساليب تشمل التشجيع - عدم التشجيع - التهذيب - قدر الحرية الممنوحة للطفل وذلك ما قرره Rutter فى عام ١٩٧٥ ، أيضاً هذه الأساليب تشمل النظام غير الثابت ، عقاب سلوك فى يوم معين وإغفاله فى اليوم التالي ، أحد الوالدين يصبح متراخياً فى المعاملة والآخر قاسياً كل ذلك يترك أثراً على سلوك الطفل ، توقيت ونوع الاستجابات التى يصدرها الآباء يمكن أن تشكل السلوك السيئ أو الطيب . فالكثير من السلوكيات السيئة التى يصدرها الأطفال تكون بسبب حاجتهم إلى جذب الانتباه فإذا كان هذا السلوك هو الوسيلة الوحيدة لجذب الانتباه فسوف يصر عليه (Mortimoroe, et al.,1983,7-8) .

وتوصلت العديد من الدراسات إلى ارتباط أساليب المعاملة الوالدية بمشكلة ADHD منها دراسة أشرف عبد القادر (١٩٩٣) التى هدفت إلى التعرف على بعض المتغيرات المرتبطة بسلوك الأطفال ذوى ADHD وهذه المتغيرات هى : التحصيل الدراسى ، الذكاء ، المستوى الاجتماعى/الاقتصادى ، الاتجاهات الوالدية فى التنشئة وتكونت عينة الدراسة من ١١٥ تلميذاً من تلاميذ الصف الرابع الابتدائى من الذكور منهم ٥٦ تلميذاً ذوى ADHD و ٥٩ تلميذاً عادياً وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها :

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات الأطفال ذوى ADHD والعاديين فى اتجاه الوالدين نحو التسلط - الإهمال - إثارة الألم النفسى - الحماية الزائدة - التفرقة - التذبذب لصالح مجموعة ذوى ADHD ولم توجد هذه الفروق فى المستوى الاجتماعى/الاقتصادى ، و دراسة (Holderness,1997) التى توصلت إلى أن هناك متغيرات ينبغى على الأسرة أن تتحلى بها حتى يمكنها أن تتعامل مع

أطفالهم ذوى ADHD وهى التماسك الاجتماعى ومهارات الاتصال وحل المشكلات ، و دراسة (حجاج غانم ، ٢٠٠١) التى توصلت إلى أن أساليب المعاملة الوالدية غير السوية مثل (الرفض - التساهل الشديد - الإكراه) تعد أسباباً مباشرة لحدوث مشكلة ADHD .

مما سبق يتضح أن هناك العديد من الأسباب والتي من المحتمل أن تؤدى إلى مشكلة ADHD وبعض هذه الأسباب متعلق بالوراثة والبعض الآخر متعلق بالنواحي البيولوجية أو العضوية بالمخ أو تلف فى المخ أو الظروف التى لاقاها الطفل قبل ولادته . وهناك عوامل بيئية متعلقة بالنواحي الطبيعية المحيطة بالطفل والموجودة فى البيئة مثل المواد الصناعية والسكر المكرر و تسمم الرصاص وإشعاع لمبة النيون (وهى عوامل لا يوجد اتفاق حول تأثيرها السببي على مشكلة ADHD) بالإضافة إلى التدخين وخاصة من الأم الحامل . وهناك عوامل نفسية مثل انخفاض فى مفهوم ذات الطفل أو نقص فى المهارات الإدراكية ، وعوامل اجتماعية مثل نقص فى المهارات الاجتماعية أو أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة .

تاسعاً : علاج مشكلة ADHD :

توجد العديد من الأساليب العلاجية التى يمكن استخدامها فى علاج مشكلة ADHD أو تخفيف حدتها ويمكن تصنيفها إلى عدة أنواع من الأساليب :

- ١- العقاقير *Drugs Stimulants* .
- ٢- الضبط الغذائى *Dietary Restriction* .
- ٣- التعديل السلوكى *Behavioral Modification* وهذا الأسلوب له عدة أساليب فرعية منها :

أ - النمذجة *Modeling*

ب- التعزيز *Reinforcement*

ج- ضبط الذات *Self-Control*

٤- العلاج الأسرى Family Therapy

٥- العلاج التربوى Educational Therapy

وفيما يلى شرح لهذه الأساليب :

١- العقاقير :

يقترح غالبية الناس العاديين والمتخصصين أيضا فى التربية وعلم النفس والطب أنه لابد أن يتم علاج الطفل ذى ADHD إذا كان مزعجا للآخرين بطريقة مزممة ، كما يعتقد العديد من الأطباء Physicians أن استخدام العقاقير فى مثل هذه الحالات يكون أجدى ولاسيما وأن آلاف الأطفال تم علاجهم بواسطتها (Kauffman,1985,178) .

كما ذكر كل من DuPaul&Stoner فى عام ١٩٩٤ أن ٧٥ ألف طفل ذوى ADHD يعالج سنوياً بواسطة العقاقير والتى من أمثلتها الريتالين Retalin ، الدكسدرين ولكن أشهر هذه العقاقير هو الريتالين وهذه العقاقير تعمل على إثارة الجهاز العصبي المركزي للطفل لى تزيد قدرته الانتباهيه وتضعف سلوكياته المندفعة (James&Nims,1996,304) .

ومن الدراسات التى أجريت فى هذا الشأن دراسة (Buitelaar,et al. 1996) التى توصلت إلى فعالية الريتالين فى تخفيف حدة النشاط الزائد وكافة المشكلات السلوكية الأخرى ، ودراسة (Meere, et al. , 1995) التى توصلت إلى أن هذا العقار يعمل على علاج المشكلات الانتباهية التى نراها عند الأطفال ذوى ADHD .

ولكن بالرغم من أن أكثر من ٧٠% من الأطفال ذوى ADHD الذين تناولوا هذا العقار أظهروا تحسناً كبيراً إلا أن هذه العقاقير لها بعض الآثار الجانبية السلبية مثل زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم وإعاقة معدل النمو الطبيعى للطفل والأرق ونقص الوزن والغثيان وذلك فى ضوء ما قرره Pelham&Murphy فى عام ١٩٨٦ و Walden&Thompson فى عام ١٩٨١ (Woolfolk,1995,136) .

وفي هذا الصدد ذكر محمود حمودة أن هذه العقاقير يصعب الحصول عليها لوصفها ضمن جدول المخدرات كما أن لها بعض الأعراض الجانبية مثل اضطراب النوم وفقدان الشهية ونقص النمو والتوتر ولذلك اقترح استبدالها بمنبهات أخرى مثل القهوة نظرا لوجود مادة الكافيين المنبهة بها وأيضا لتوفرها بالمنزل وحين يشربها الطفل لا ينظر لنفسه على أنه مريض يتعاطى علاجاً ولكن ينظر لنفسه على أنه أصبح كبيراً يشرب الشاي والقهوة مثل الكبار مما يؤثر عليه إيجابياً (محمود حموده ، ١٩٩١ ، ١٦٢) .

٢- الضبط الغذائي :

فى ضوء ما سلف ذكره من أن بعض المواد الصناعية التى تضاف إلى الأطعمة تدخل ضمن المسببات المحتملة لمشكلة ADHD ذهب بعض العلماء والباحثين إلى استخدام أسلوب الضبط الغذائى فى علاج مشكلة ADHD .

حيث لاحظ Feingold فى عام ١٩٧٥ أن جميع الأطفال ذوى ADHD يتناولون أغذية ملونة وذات رائحة مثل العصائر والشيكولاتة باللبن والحلوى والكيك والأيس كريم والسجق والسمن الصناعى النباتى وغيرها من الأغذية التى تعتمد على اللون والرائحة فى تكوينها وتدعيماً لملاحظته سأل آباءهم والذين أخبروه بأن أعراض مشكلة ADHD تظهر بوضوح بعد الأعياد وحفلات الميلاد والتى يكثر فيها تناول هذه الأطعمة وبذلك قام Feingold بالتحكم فى الأغذية التى يتناولها هؤلاء الأطفال وظهرت النتائج بعد أسبوعين فقط من العلاج ولذلك كان هذا الأسلوب أكثر قيمة وفاعلية من العقاقير (Davis,1983,5 36-537) .

كما ذكر عبد العزيز الشخص أن التغذية عن طريق استخدام أسلوب غذائى محكم يمكن أن يساعد فى تخفيف حدة هذه المشكلة .
(عبد العزيز الشخص ، ١٩٨٥ ، ٣٥٠)

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ADHD ———

أيضا أشار *Kauffman* إلى أنه لابد أن تكون مكونات الأطعمة التى يتناولها الأطفال ذوى ADHD لها نفس اللون والتكوين والرائحة والمذاق (*Kauffman,1985,181*) .

٣ - التعديل السلوكي :

التعديل السلوكي هو تطبيق المبادئ العلمية لتغيير السلوك القابل للملاحظة من خلال التعلم (*Hassett&White,1989,594*) .
وهناك العديد من هذه المبادئ منها :

أ - النمذجة :

النمذجة هى تغيير فى السلوك أو التفكير أو العواطف والتي تتم من خلال ملاحظة شخص لآخر (نموذج) (*Woolfolk,1995,223*) .
وقد توصلت دراسات عديدة إلى أن أسلوب النمذجة يؤدي إلى تعديل سلوكيات الأطفال ذوى ADHD إلى الأحسن ومن هذه الدراسات (*Copeland&Weissbrod,1980*) ؛ علا إبراهيم ، ١٩٩٥ ؛ ابتسام السطيحة ، ١٩٩٧) .

ب- التعزيز :

التعزيز هو تقديم معزز خلف سلوك معين مما يقوى من احتمالية ظهور هذا السلوك (*Hassett&White,1989,200*) .

حيث ذكر *Stewart&Gath* أنه عندما يتم تعزيز سلوك الانتباه والهدوء والجلوس فى الأوقات المناسبة بطريقة سليمة فإن السلوكيات اللاسوية سيتم استبعادها لدى الأطفال زائدى النشاط وتأكيداً لذلك قام *Patterson* فى عام ١٩٦٥ بتعزيز طفلين يعانون من الحركة الزائدة وخلل المخ عندما كانا يصدران السلوك فى الفصل ونتيجة لذلك ظهر تخفيف فى حدة سلوك النشاط الزائد والذي ظل لمدة شهر على الأقل بعد نهاية المعالجة .

(*Stewart&Gath,1978,57*)

كما أشار العديد من الباحثين إلى أن أسلوب التعزيز فعال فى علاج مشكلة ADHD (فؤاد موافى ، ١٩٩٥ ؛ علا إبراهيم ، ١٩٩٥ ؛ زكريا الشربيني ، ١٩٩٤ ، ٢٠٣) .

ج- ضبط الذات :

هى إحدى تكتيكيات العلاج السلوكى والتي تتضمن خطوات فعالة يستخدمها الفرد لكى يتعامل مع مشكلاته (Hassett & White, 1989, 596)، حيث توصلت العديد من الدراسات إلى أن مساعدة الطفل على كيفية التحكم فى سلوكه تؤدي إلى تخفيف مشكلة ADHD ومن هذه الدراسات : (ضياء الطالب ، ١٩٨٧ ؛ سعيد إبراهيم ، السيد السمدونى ، ١٩٩٨ ؛ Mathes & Bender, 1997) .

٤- العلاج الأسرى :

يمكن علاج مشكلة ADHD عن طريق تقديم الإرشادات والتوجيهات للآباء والذين لديهم أطفال ذوى ADHD .

فقد قدم Turner مجموعة من الإرشادات يمكن أن يتبعها الآباء فى التعامل مع أبنائهم ذوى ADHD منها :

أ - حاول بقدر الإمكان أن تعزز السلوك الإيجابي الصادر من طفلك حتى يزداد تكراره فى المرات القادمة عن طريق استخدام كلمات المدح والثناء مثل عمل جميل - شكراً .

ب- عزز وعاقب ولا تؤجل ذلك .

ج- استخدم خيارات و آراء وليس أوامر على سبيل المثال هل تحب أن تؤدي واجبك المنزلى الآن أم بعد ٣٠ دقيقة .

(Turner, 1992)

وفى دراسة Kottman وزملائه تمت الإشارة إلى مجموعة من الإرشادات يمكن أن تفيد الآباء فى هذا المجال منها :

- أ - التدريب على مهارات تعامل الآباء مع أبنائهم وهذه المهارات تتضمن :
- بناء والحفاظ على تقدير الذات للأطفال ذوى ADHD وباقي أفراد الأسرة .
 - تعليم الطفل كيف يكون قادراً ، ذا معنى ، محبوباً ، خدوماً .
 - تدريب المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال .
 - تدريبهم على مهارات الاستماع والاتصال .
- ب- الإلمام بالمعلومات التربوية العامة عن طبيعة مشكلة ADHD .
- ج- التعاون مع إدارة المدرسة .
- د - التعرف على نظم الإدارة السلوكية الجيدة .
- هـ- تشجيع التدعيم الاجتماعي من الآخرين

(Kottman,et al.,1995,145)

وفى دراسة أجراها (redy,et al.,2002) توصل فيها إلى أن البرامج الإرشادية التى تعتمد على تفاعل كل من الطفل صاحب المشكلة والمعلم والتلميذ فى تفاعل ثلاثى تؤدي إلى تحسن ملحوظ فى تخفيف حدة هذه المشكلة ، مقارنة بالافتقار على المدرسة فقط أو الأسرة فقط .

كما قام Garey بإعداد استراتيجية لتدريب آباء الأطفال ذوى ADHD على كيفية تنظيم والتحكم فى الأنشطة الاجتماعية لأطفالهم والتي يخبرونها مع أقرانهم و أظهرت الدراسة نتائج إيجابية على الأطفال وعلى آبائهم أيضاً ولكن الآباء قرروا بأنه بالرغم من أن الاستراتيجية المستخدمة مقبولة ومفيدة إلا أنها فى الوقت نفسه صعبة التطبيق .

(Garey,1997,2852)

٥- العلاج التربوي :

هناك العديد من الأساليب التربوية التى يمكن أن يتبعها المدرس فى التعامل مع الأطفال ذوى ADHD منها على سبيل المثال ما قدمه Slavin من الإرشادات والتي منها :

أ - حاول أن تجلس الأطفال ذوى ADHD بانتظام حتى تتجنب مشاخراتهم .

ب- حاول أن تلم بالقواعد الأساسية والفعالة لإدارة الفصل .

ج- أعط الفرصة للتلاميذ ذوى ADHD لكى يكونوا فعالين وإيجابيين فى الفصل .

د - جهز التلاميذ ذوى ADHD لجميع الانتقالات الحادثة فى اليوم المدرسى داخل الفصل وخارجه (بين الأنشطة المختلفة ، بين الحصص ،) .

هـ- خطط درسك وفقاً لاحتياجات الأطفال ذوى ADHD .

و - علّم التلاميذ كيف يتحكموا فى سلوكهم الشخصى وذلك يشمل الأساليب التالية : ضبط الذات - تقويم الذات - تعزيز الذات - تعليم الذات .

ز - حاول أن تكون على اتصال يومى بمنزل هؤلاء التلاميذ بواسطة تقرير يومى يتضمن سلوك التلميذ .

ح - استخدم الواجب المنزلى مع هؤلاء التلاميذ .

ط - حاول أن تشترك فى مجموعة العمل مع برنامج التربية الخاصة وذلك لوضع الخطط السلوكية والتعليمية فى كيفية التعامل مع مشكلات الانتباه .

(Slavin,1997,440)

كما أشار Faas إلى مجموعة من الإرشادات تساعد أيضاً المدرس

على التغلب على تشتت الانتباه فى الفصل منها :

أ - احذف المثيرات السمعية والبصرية التى تشتت انتباه التلميذ وتصرفهم عن متابعة الدرس .

ب- صمم بيئة تعليمية جيدة بحيث يكون أثاث الفصل مناسب للتعلم .

ج- احذف كل المواد غير المفيدة أو مرتبطة بالدرس وذلك من مقعد التلميذ .

(Faas,1980,70)

كما قام كل من السيد سيد ، فائقة بدر بتقديم بعض النصائح التربوية المتعلقة بهذه المشكلة وذلك في حالتين :

الحالة الأولى : الأطفال ذوى ADHD لديهم صعوبات تعلم :

- أن تكون حجرة الدراسة بعيدة عن المثيرات السمعية والبصرية المشتتة للانتباه (لوحات الورق المعلقة على الحائط - الأصوات الخارجية في الشارع) وأن يكون الأثاث سليماً - الإضاءة والتهوية جيدة .

- تجهيز حجرة خاصة يدرس فيها الطفل بصورة فردية مع مدرس آخر حتى تتنوع المواقف التعليمية ويساعد الطفل على التركيز مما يؤدي إلى رفع مستوى تحصيله الدراسي .

الحالة الثانية : الأطفال ذوى ADHD ليس لديهم صعوبات التعلم :

- أن يستخدم المعلم بعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه هذا الطفل والسيطرة على سلوكه غير المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق فإن مستوى تحصيله الدراسي سوف يرتفع .
- زيادة التفاعل الإيجابي بين هذا الطفل وبين أقرانه والذي يؤدي إلى تكوين مفهوم موجب للذات والذي يؤدي بدوره إلى التخلص من سلوكه المشكل .

(السيد سيد ، فائقة بدر ، ١٩٩٩ ، ٨٨-٩٠)

عاشراً : بعض النظريات المفسرة لمشكلة ADHD :

هناك ثلاث نظريات يمكن تناولها في هذا الصدد :

- ١- نظرية التعلم الاجتماعي *Social Learning Theory* .
- ٢- نظرية الاستجابة للضغوط *Diathesis-Stress Theory* .
- ٣- نظرية المستوى الأمثل للاستثارة *Optimal Stimulation Theory* .

وفيما يلى الشرح :

١ - نظرية التعلم الاجتماعي :

إن الإنسان كائن اجتماعي لذلك فكثير من المعرفة والأداء والسلوك يتم اكتسابه من خلال ملاحظة سلوك الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة (Davis,1983,142) .

لذلك جاءت نظرية التعلم الاجتماعي التي أسسها *Albert Bandura* كنقد للنظرية الإجرائية لسكنر *Skinner* والتي نظرت إلى التعلم على أنه يعتمد على توابع الاستجابات مهماً بذلك الدور الاجتماعي المحيط بالمتعلم ، لذلك كان فحوى هذه النظرية هو أن التعلم يتم من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وتقليده (Slavin,1997,171) .

ولكى يتم التعلم وفقاً لهذه النظرية لابد أن يتم الانتباه لنموذج ، وهذا النموذج ممكن أن يكون الآباء ، الأخوة والأخوات ، المدرسين وذلك بالنسبة للأطفال الصغار أو الأقران ونجوم الشهرة وشخصيات *T.V* بالنسبة للتلاميذ الكبار وأشار *Bandura* إلى ضرورة وجود أربعة عناصر أساسية ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند التعلم بالملاحظة وهي : الانتباه ، الاحتفاظ بالمعلومات والانطباعات المقدمة من النموذج ، إنتاج السلوك من المتعلم ، الدافعية اللازمة لإعادة السلوك (Woolfolk,1995,221) .

وقد أوضح محمد الطيب أن فرط النشاط قد يكون سلوكاً متعلماً من البيئة المحيطة أو تقليداً لنموذج نشط سلوكياً كأن يقتل الطفل طفلاً آخر أكبر منه في السن أو أكثر منه نشاطاً .

(محمد الطيب ، ١٩٩٦ ، ١٤٣)

وفى دراسة (علا إبراهيم ، ١٩٩٥) استخدمت فيها بعض فنيات تعديل السلوك فى خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقلياً وكان ضمن هذه الفنيات أسلوب النمذجة (التعلم بالملاحظة) وكان

النموذج هو الباحثة نفسها حيث قام هؤلاء الأطفال بتقليد أنماط سلوكية صادرة من النموذج وقد أدى هذا الأسلوب إلى خفض النشاط الزائد لديهم .

كما قام Copeland & Weissbrod بدراسة هدفت التعرف على أثر النمذجة الاجتماعية على السلوك المتعلق بالنشاط الزائد وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال زائدى النشاط أكثر استجابة لتعليمات النموذج (ولد يصدر سلوكيات معينة من خلال فيلم مسجل) من الأطفال العاديين .
(Copeland & Weissbrod, 1980)

٢ - نظرية الاستجابة للضغط :

الذى أسس هذه النظرية هما Bruno & Bettelheim فى عام ١٩٧٣ وأشارت هذه النظرية إلى أن النشاط الزائد (ADHD) يظهر عندما يكون الطفل مستعداً للإصابة بمشكلة ADHD ويقترن ذلك بأساليب التنشئة المتسلطة من جانب الآباء ، فإذا قوبل هذا الطفل المستعد لممارسة نشاطه الزائد بضغط Press من جانب أمه غير الصبورة ومستاءة من تصرفاته هنا سيصبح الطفل غير قادر على تلبية مطالب أمه فى ضرورة الطاعة لها وبمرور الوقت ستصبح الأم أكثر سلبية واستياءً من تصرفات ابنها ، وفى هذه الحالة ستصبح العلاقة بين الأم وطفلها أشبه بحلبة قتال Battleground ، ونتيجة لهذه السلوكيات المعتمدة على الفوضى وعدم الطاعة سيصبح الطفل غير قادر على تلبية مطالب المدرسة ، ولذا سيتعارض سلوكه مع قواعد الفصل الدراسي .

(Davison & Neale, 1998, 412)

٣ - نظرية المستوى الأمثل للاستثارة :

مؤسس هذه النظرية هو Hebb ويشير مصطلح المستوى الأمثل للاستثارة إلى مستوى مثالي من الهيجان أو الحركة والذي يسعى جسم

الإنسان للحفاظ عليه في ضوء احتياجه للوصول لحالة الاتزان البدني وبعض الناس يجد هذا الاتزان في الجلوس أمام المدفأة للإحساس بالآلفة والهدوء ومستغرقاً في قراءة كتاب ، والبعض الآخر يفضل زيادة الحركة والنشاط وقد يعرضه ذلك لمغامرات ومخاطر وهذين النمطين يظهران مستويات مختلفة من مستويات الاستثارة .

(Huffman, et al. , 1987,438)

فلكل إنسان مستوى مفضل من الاستثارة أو النشاط فعلى سبيل المثال إذا كنت في حفلة مليئة بالضوضاء ولا تستطيع أن تتحمل سماع الصوت والحركة فربما تخرج من الحفلة (حتى تحافظ على حالة الاتزان) ، وفي المقابل إذا أحسست بالفراغ والملل فربما تنهمك في أى سلوك والذي يزيد في مستوى نشاطك واستثارتك .

(Houston,et al.,1989,340)

من هذا المنطلق فإن Zental أشار إلى أن الزيادة في نشاط الطفل (ذى فرط النشاط) تكون محاولة لزيادة الاستثارة غير الكافية أكثر من كونها استثارة زائدة ، وبذلك يمكن النظر إلى النشاط الزائد الذى يصدره الطفل على أنه منظم Regulator ويحتفظ بالمستوى الأمثل للاستثارة عند الطفل (السيد السمادوني ، ١٩٨٩ ، ٢٠٨) .

يتضح مما سبق أن هناك تفسيرات مختلفة لمشكلة ADHD فنظرية التعلم الاجتماعي تشير إلى أن هذه المشكلة يمكن أن تكون سلوكاً متعلماً من الآباء أو المدرسين أو الأقران . ونظرية الضغوط تشير إلى أن زيادة الضغوط الوالدية على الطفل ربما يسبب هذه المشكلة . ونظرية المستوى الأمثل للاستثارة تشير إلى أن حالة الاستثارة والهيجان والحركة الزائدة هدفها الحفاظ على حالة الاتزان الداخلي للجسم .

حادى عشر : مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مدى تواجد مشكلة ADHD لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، وذلك من خلال تقدير معلم الفصل الذى قضى أكبر فترة ممكنة فى التدريس لهؤلاء التلاميذ خلال هذه المرحلة .

١- خطوات إعداد المقياس :

أ - تم الاطلاع على الأطر النظرية و الدراسات و المقاييس المختلفة التى تناولت مشكلة ADHD ومنها مقياس (ن. ز) للتعرف على النشاط الزائد إعداد عبد العزيز الشخص (١٩٨٤) ، قائمة مشكلات سلوك الطفل إعداد السيد ابراهيم السمدونى (١٩٨٩) ، مقياس تقدير المعلمة وتقدير الأم ، إعداد صلاح الدين الشريف (١٩٩١) ، مقياس الدليل التشخيصى الإكلينيكي الطبعة الرابعة DSM-IV إعداد الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Association of Psychology, 1994) ، قائمة النشاط الزائد للأطفال تقدير المعلمة إعداد : فؤاد حامد موافى (١٩٩٥) .

ب- بناءً على الخطوة السابقة ، وفى ضوء ما تم الاطلاع عليه من أطر نظرية تناولت مشكلة ADHD ، تم استخلاص الأبعاد الرئيسية التى تمثل المقياس ، وهى ثلاثة أبعاد (تشتت الانتباه - الاندفاعية - النشاط الحركى الزائد) ، كما تم استخلاص الأنماط السلوكية التى يعكسها كل بعد من هذه الأبعاد .

ج- تم صياغة هذه الأنماط السلوكية فى صورة مفردات اختبارية (٢٥ مفردة) ، وتم عرضها على بعض المتخصصين فى علم النفس ، وكذلك على المدرسين ذوى الخبرة والارتباط الوثيق بتلاميذ المرحلة الابتدائية ، حيث روعى فى اختيارهم أن يكونوا من رواد الفصول وأن

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ADHD —

يكونوا مدرسين لمواد لها أكبر عدد من الحصص خلال الأسبوع مثل اللغة العربية والحساب وقد أسفرت هذه الخطوة عن تعديل صياغة بعض المفردات واستبعاد مفردات أخرى ومن أمثلة المفردات التى تم تعديلها :

جدول (١ - ٢)

المفردات التى تم تعديلها فى مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

المفردة قبل التعديل	المفردة بعد التعديل
يستجيب بسرعة لآى منير بسيط يحدث فى الفصل .	يستجيب بسرعة لآى منير يبعده عن متابعة شرح المعلم .
يحاول الخروج من الفصل أثناء الشرح لأسباب واهية و بطريقة متكررة .	يحاول الخروج من الفصل أثناء الشرح لأسباب غير مقنعة و بطريقة متكررة .
يتسلق الأماكن المتاحة فى الفصل أو المدرسة .	يتسلق الأماكن المتاحة فى الفصل أو المدرسة (أدراج - شبابيك - أسوار - عوارض) .

ومن أمثلة المفردات التى تم استبعادها :

- مرغوب من زملائه فى المدرسة .
 - يحتاج إلى إشراف و متابعة مستمرة .
 - يجد صعوبة فى انتظار دوره عند القيام بنشاط معين .
- و بذلك وصل عدد مفردات المقياس إلى (٢٢) مفردة ، موزعة على الأبعاد الثلاثة كالتالى :

الفصل الأول : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ADHD

جدول (١ - ٣)

توزيع مفردات مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD على أبعاده الثلاثة

البعد	رقم المفردة	محتوى المفردة
نشأت الانتباه (٨ مفردات)	١	يبدو مشتت الذهن أثناء شرح المعلم في الفصل .
	٦	يستجيب بسرعة لأي مثير يبعده عن متابعة شرح المعلم .
	٩	يفشل في إنهاء أي نشاط يكلف به في الفصل .
	١٢	ينسى بعض أدواته المهمة مثل الكراسة ، الكتاب ، القلم ، ...
	١٥	كتبه وكراساته منظمة ومحافظ عليها .
	١٦	يستوعب المعلومات بمجرد شرحها في الحصة .
	١٩	عندما يسأل المعلم سؤالاً في المادة الدراسية في الفصل يرفع يديه محاولاً الإجابة .
	٢٠	يحاول أن يتتبع أركان الفصل بنظراته أثناء شرح المعلم .
الاندفاعية (٧ مفردات)	٣	يندفع في الإجابة على أسئلة المعلم دون تفكير .
	٤	يحاول الخروج بسرعة من المقعد بعد انتهاء الحصة
	٧	يصدر أصواتاً مزعجة أثناء تقليب صفحات الكراسة أو الكتاب
	٨	يتحدث أثناء الشرح
	١١	عندما نتحدث إليه ينصت حتى اكتمال الحديث
	١٨	يستثار بسهولة من زملائه
	٢١	يبدو منقلب المزاج
النشاط الحركي الزائد (٧ مفردات)	٢	يستحرك على المقعد في الفصل سواء برجليه أو يديه أو أي جزء من أجزاء جسمه .
	٥	لا يستقر في مكان واحد في المدرسة لعدة دقائق على الأكثر .
	١٠	يذهب إلى الفصل جرياً وليس مشياً .
	١٣	يحاول الخروج من الفصل أثناء الشرح لأسباب غير مقنعة و بطريقة متكررة .
	١٤	يبدو مثيراً للضوضاء و الفوضى في الفصل .
	١٧	يتسلق الأماكن المتاحة في الفصل أو المدرسة (أدراج - شبابيك - أسوار - عوارض) .
	٢٢	يتحدث بطريقة زائدة عن الحد .

ويقوم المعلم بتقدير كل مفردة أو نمط سلوكى فى ضوء ثلاث اختيارات (غالباً ، أحياناً ، نادراً) على حسب درجة تواجد النمط السلوكى عند التلميذ الذى يقوم بتقديره المعلم ، مع العلم بأن المفردات أرقام (١١ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٩) ، وضعت بحيث يتم تقديرها بطريقة عكسية .

٢- التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس :

للتحقق من شروط المقياس السيكومترية (الصدق - الثبات) ، تم تطبيقه على خمسة من المعلمين روادى الفصول ببعض مدارس المرحلة الابتدائية بمحافظة قنا (الفصيل الابتدائية - السادات الابتدائية - قنا الابتدائية) ، لكى يقوموا بتقدير مشكلة ADHD لدى بعض تلاميذهم فى الفصل .

أ- صدق المقياس :

للتحقق من صدق المقياس تم استخدام عدة أساليب كالتالى :

(١) صدق الارتباط بالمحك : وكان المحك هنا هو التحصيل الدراسى حيث أوضحت العديد من الدراسات والأطر النظرية أن التلاميذ ذوى ADHD يتصفون بانخفاض تحصيلهم الدراسى (عبد العزيز الشخص ، ١٩٨٤ ، ١١١ ؛ عبد المنعم الدردير ، ١٩٩٨ ، ٦٩ ؛ علا إبراهيم ، ١٩٩٩ ، ٤٤-٤٦ ؛ السيد سيد ، فائقة بدر ، ١٩٩٩ ، ٧٢ ؛ عبد المنعم الدردير ، ١٩٩٩ ، ٩٢) .

وتوصل الباحث إلى معامل ارتباط قدره -٠,٤٠ بين درجات التلاميذ على المقياس الحالى ودرجاتهم فى التحصيل الدراسى آخر العام (ن = ٦٩) ، وهو معامل ارتباط دال عند مستوى ٠,٠١ ، والقيمة السالبة لمعامل الارتباط تعنى أن ارتفاع مشكلة ADHD يصاحبه انخفاض فى تحصيل التلميذ بما يتفق مع الأطر النظرية ونتائج الدراسات والبحوث السابقة .

(٢) صدق المقارنة الطرفية : حيث تم ترتيب درجات (٥٤) تلميذ من تلاميذ الصف الرابع الابتدائي في التحصيل الدراسي ترتيباً تنازلياً ، وأخذ أعلى (٢٧ %) ، وأدنى (٢٧ %) من عدد التلاميذ كمجموعتين متطرفتين ، و كان عدد أفراد كل مجموعة (١٥) تلميذ ، وتم حساب النسبة الحرجة بين متوسطي هاتين المجموعتين المتطرفتين في درجاتهم على مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD ، وتم التوصل إلى نسبة حرجة قدرها (- ٢,١٣) ، وهي نسبة دالة إحصائياً بمستوى ٠,٠١ .

(٣) صدق تمييز المفردات : تم ترتيب درجات التلاميذ في مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD (الدرجة الكلية) وتم أخذ أعلى ٢٧% وأدنى ٢٧% من التلاميذ كمجموعتين متطرفتين وكان عدد أفراد كل مجموعة (١٩) تلميذاً (ن=٦٩) وتم حساب النسبة الحرجة كما ذكرها (فواد أبو حطب ، أمال صادق ، ١٩٩١ ، ٣٦٤) بين متوسطي درجات هاتين المجموعتين في كل مفردة من مفردات المقياس ، كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول (١ - ٤)

معاملات تمييز مفردات مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

المفردة	التمييز	المفردة	التمييز	المفردة	التمييز
١	٥,٣٢	٩	٤,٢٩	١٧	٣,٠٧
٢	٨,٠٨	١٠	٤,٥٤	١٨	٥,٦٤
٣	٦,٥٥	١١	٣,٣٥	١٩	٤,٠٤
٤	٣,٨٨	١٢	٨,٠٥	٢٠	٤,٥٦
٥	٤,٢٧	١٣	٦,٨٦	٢١	٤,٤٠
٦	٥,٩٦	١٤	٥,٧٨	٢٢	٤,٠٩
٧	٦,٨٨	١٥	٧,٢		
٨	٦,٧	١٦	٤,٥٨		

- النسبة الحرجة أكبر من أو يساوي ١,٩٦ دالة عند مستوى ٠,٠٥ .
- وأكبر من أو يساوي ٢,٥٨ دالة عند مستوى ٠,٠١ .

يلاحظ من الجدول السابق أن جميع مفردات المقياس تميز
تميزاً دالاً بين المجموعتين المتطرفتين فى المقياس عند مستوى
٠,٠١ و ٠,٠٥ .

(٤) صق الاتساق الداخلى :

(أ) تم حساب معاملات ارتباط درجات (٥٠) تلميذاً على مفردات كل
بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه الأبعاد
والجدول التالى يوضح ذلك :

جدول (١ - ٥)

معاملات ارتباط درجة كل مفردة من مفردات مقياس تقدير المعلم
لمشكلة ADHD بالدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه

النشاط الحركى الزائد		الاندفاعية		تشنت الانتباه	
المفردة	الاتساق	المفردة	الاتساق	المفردة	الاتساق
٢	٠,٦٩٧	٣	٠,٦٢٧	١	٠,٧٢٩
٥	٠,٦٩١	٤	٠,٤٣٦	٦	٠,٦٢٠
١٠	٠,٦٧٨	٧	٠,٧٧٠	٩	٠,٨٠٥
١٣	٠,٧٦٩	٨	٠,٧٥٢	١٢	٠,٨٠٠
١٤	٠,٧٧٣	١١	٠,٦٣١	١٥	٠,٧٤١
١٧	٠,٦٦١	١٨	٠,٦٢٨	١٦	٠,٥٧٣
٢٢	٠,٦٨٨	٢١	٠,٧٤٢	١٩	٠,٧٢٢
				٢٠	٠,٥٧٣

ر الجدولية عند درجة حرية ٤٨ = ٠,٢٨٣ عند مستوى ٠,٠٥ ، ٠,٣٦٦ عند مستوى ٠,٠١

(ب) تم حساب معاملات الارتباط البينية بين درجات الأبعاد الفرعية

للمقياس [تشنت الانتباه - الاندفاعية - النشاط الحركى الزائد]

وتم التوصل إلى معاملات ارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١ كما

موضح فى الجدول التالى :

جدول (١ - ٦)

مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين درجات الأبعاد الفرعية

لمقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

البعد	تشنت الانتباه	الاندفاعية	النشاط الحركي الزائد
تشنت الانتباه	-		
الاندفاعية	٠,٦٨٦	-	
النشاط الحركي الزائد	٠,٤٦٥	٠,٧٢٤	--

ر الجدولية عند درجة حرية ٤٨ = ٠,٣٦٦ عند مستوى ٠,٠١

(جـ) تم حساب معاملات ارتباط درجة كل بعد من الأبعاد الثلاثة

للمقياس بالدرجة الكلية للمقياس وتم التوصل إلى معاملات ارتباط

دالة عند مستوى ٠,٠١ ، كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول (١ - ٧)

معاملات ارتباط درجات كل بعد من أبعاد مقياس ADHD

بالدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	الاتساق
تشنت الانتباه	٠,٨٥٣
الاندفاعية	٠,٩١٣
النشاط الحركي الزائد	٠,٨٢٨

ر الجدولية عند درجة حرية ٤٨ = ٠,٣٦٦ عند مستوى ٠,٠١

(د) تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات

المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وتم التوصل إلى معاملات ارتباط

دالة عند مستوى ٠,٠١ ، كما هو موضح بالجدول التالي :

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ، مما يعطى مؤشراً لثبات الاختبار واستقرار نتائجه .
مما سبق يتضح أن مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD يتميز بمعاملات صدق وثبات دالة إحصائياً وأغلبها عند مستوى (٠,٠١) ، مما يعطى مؤشراً لإمكانية تطبيق هذا المقياس لتقدير مشكلة ADHD .

٣. الصورة النهائية للمقياس :

يتكون المقياس فى صورته من (٢٢) مفردة ، كل منها يصف سلوك معين من السلوكيات التى يصدرها التلاميذ و التى تتعلق بمشكلة ADHD ، وأمام كل مفردة ثلاثة اختيارات (غالباً - أحياناً - نادراً) ، يتم الاستجابة لها من قبل المعلم الذى قام بالتدريس لأكبر فترة ممكنة لهؤلاء التلاميذ (راند الفصل مثلاً) ، وهذه المفردات موزعة على الأبعاد الثلاثة (تشتت الانتباه - الاندفاعية - النشاط الحركى الزائد) كما يلى :

• **تشتت الانتباه :** يعكس هذا البعد سلوكيات تعبر عن صعوبة التلميذ فى الانتباه للمثيرات الأساسية فى الحصة (المعلم - الكتاب - الكراسة - السبورة ، وما يتعلق بها من أداء الواجب المدرس ، والأنشطة المدرسية ، و يتكون هذا البعد من (٨) مفردات هى (١ - ٦ - ٩ - ١٢ - ١٥ - ١٦ - ١٩ - ٢٠) .

• **الاندفاعية :** يعكس هذا البعد سلوكيات تعبر عن تسرع التلميذ فى الأفعال التى يصدرها سواء فى التحدث مع الآخرين ، أو الاستجابة لأسئلة المعلم دون تفكير ، أو التسرع فى الخروج من الفصل بعد انتهاء الحصة ، أو التسرع فى اتفعله للمواقف المختلفة ، ويتكون هذا البعد من (٧) مفردات هى (٣ - ٤ - ٧ - ٨ - ١١ - ١٨ - ٢١) .

• **النشاط الحركى الزائد :** يعكس هذا البعد سلوكيات تعبر عن كثرة الحركة والكلام الصادر من التلميذ فى أوقات وأماكن لا تستدعى ذلك ،

وبطريقة زائدة عن الحد ويتكون هذا البعد من (٧) مفردات هي (٢ -

٥ - ١٠ - ١٣ - ١٤ - ١٧ - ٢٢) .

٤- مفتاح تصحيح المقياس :

يصحح المقياس طبقاً لمفتاح التصحيح التالي :

جدول (١ - ١٠)

مفتاح تصحيح مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

المفردة	غالباً	أحياناً	نادراً	المفردة	غالباً	أحياناً	نادراً
١	٢	١	صفر	١٢	٢	١	صفر
٢	٢	١	صفر	١٣	٢	١	صفر
٣	٢	١	صفر	١٤	٢	١	صفر
٤	٢	١	صفر	١٥	صفر	١	٢
٥	٢	١	صفر	١٦	صفر	١	٢
٦	٢	١	صفر	١٧	٢	١	صفر
٧	٢	١	صفر	١٨	٢	١	صفر
٨	٢	١	صفر	١٩	صفر	١	٢
٩	٢	١	صفر	٢٠	٢	١	صفر
١٠	٢	١	صفر	٢١	٢	١	صفر
١١	صفر	١	٢	٢٢	٢	١	صفر

وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (صفر - ٤٤) .

٥- كيفية تشخيص مشكلة ADHD :

بعد التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس ، تم تطبيقه على عينة من التلاميذ بلغ قوامها (٤٣٨) تلميذاً ، وذلك لتحديد درجة قطع على المقياس ، والستى في ضوءها ، يتم تشخيص مشكلة ADHD على التلميذ ، بحيث إذا حصل التلميذ في المقياس الكلى على درجة القطع أو ما يزيد عنها يصنف على أنه لديه مشكلة ADHD ، أم إذا حصل على درجة دون درجة القطع ، تكون مشكلة ADHD غير متواجدة لديه .

و لقد تم إيضاح كيفية حساب درجة القطع فى الخلفية النظرية عن مشكلة ADHD ، و درجات القطع تعتمد على مقياسين إحصائيين ، متوسط الدرجات والانحراف المعيارى للدرجات ، وهناك عدد من درجات القطع يعتمد على هاتين الإحصائيتين ، ولكن أشهرهما هما :

درجة القطع = (متوسط الدرجات + ١,٩٦ × الانحراف المعيارى للدرجات)

درجة القطع = (متوسط الدرجات + الانحراف المعيارى للدرجات)

ويفضل المؤلف درجة القطع الأخيرة عند تشخيص مشكلة ADHD ، نظراً لأنها أقل حدة مما يؤدى إلى ضمان دخول التلميذ فى فئة التلاميذ نوى مشكلة ADHD ، وبالتالي ضمان توجيه الخدمات والإرشادات التعليمية والتربوية المناسبة ، أما درجة القطع الأولى (متوسط الدرجات + ١,٩٦ × الانحراف المعيارى للدرجات) ، فهى أكثر حدة بصورة تمنع من تصنيف بعض التلاميذ على أنهم لديهم مشكلة ADHD ، مما يحرمهم من البرامج الإرشادية التعليمية والتربوية ، بالرغم من احتمالية احتياجهم إليها ، كما يفضل المؤلف تصنيف التلميذ فى ضوء الدرجة الكلية للمقياس وليس على كل بعد على حدة ، لأن معنى حصول التلميذ على درجة القطع أو ما يزيد عنها فى الدرجة الكلية للمقياس ، فهذا معناه حصوله على درجة كبيرة فى المقياس الأمر الذى يعنى (غالباً) ، حصوله على درجة كبيرة فى كل بعد من أبعاد المقياس (تشتت الانتباه - الاندفاعية - النشاط الحركي الزائد) ، وقد يقول قائل [أنه إذا تعاملنا مع الدرجة الكلية فى تشخيص المشكلة ، فقد نشخص طفل ما على أنه لديه مشكلة ADHD ، لارتفاع درجته فى بعض من أبعاد المشكلة الثلاثة (تشتت الانتباه - الاندفاعية) مثلاً ، وانخفاض درجته بصورة ملحوظة فى البعد الثالث (النشاط الحركي الزائد) ، وبالتالي يشخص الطفل على أنه لديه مشكلة ADHD بالرغم من عدم إصداره للسلوكيات الدالة على النشاط الزائد] ، وهنا يمكن القول أن أى تلميذ يحصل على درجة كبيرة على المقياس بصورة

تصل إلى درجة القطع أو ما يزيد عنها ، سنجد ارتفاع درجة هذا التلميذ فى بعضين على الأقل من الأبعاد الثلاثة المكونة للمشكلة (إن لم يكن الثلاثة أبعاد مجتمعين) ، فإذا كان الارتفاع فى الأبعاد الثلاثة للمقياس فهنا يستفيد هذا التلميذ الذى تم تشخيصه أقصى استفادة من البرامج الإرشادية المقدمة له ، أما إذا كان ارتفاع درجة التلميذ فى بعضين من الأبعاد الثلاثة ، فهنا تصبح البرامج الإرشادية المقدمة لهذا التلميذ بناءً على التشخيص مفيدة أيضاً لأن تواجد بعضين من الأبعاد الثلاثة المكونة لمشكلة ADHD قد يؤدى إلى نتائج سلبية على التلميذ إذا لم يتم تقديم البرامج الإرشادية التعليمية والتربوية لهذا التلميذ فى الوقت المناسب .

وبناءً عليه قام المؤلف بحساب متوسط درجات التلاميذ المطبق عليهم المقياس والانحراف المعيارى لهذه الدرجات ، والتي من خلالها تم حساب درجة القطع على المقياس ، وبيان ذلك موضح فى الجدول التالى :

جدول (١ - ١١)

بيانات درجة القطع لمقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

حجم التلاميذ	متوسط الدرجات	الانحراف المعيارى	درجة القطع
(م)	(ع)	(م+ع)	
٤٣٨	١٨,٥١	١٠,٥٧	٢٩

وبالتالى تكون درجة القطع على المقياس هى (٢٩) ، والتلميذ الذى يحصل فى المقياس الكلى على هذه الدرجة أو ما يزيد عنها يصنف على أنه لديه مشكلة ADHD ، وبالتالي يحتاج للعناية التعليمية والتربوية ، أما التلميذ الذى تقل درجته عن (٢٩) ، فالمشكلة غير متواجدة لديه .

وفيما يلى صورة المقياس التى يتم تطبيقها على التلميذ عن طريق

معظم الفصل .

وأخيراً يمكن القول أن مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD يعد أداة فعالة وموضوعية يمكن تطبيقها بسهولة ، حيث يمكن للمعلم تشخيص تلاميذه بدون عناء عن طريق هذا المقياس لأنه يتميز ببساطة مفرداته وعدم كثرتها ، كما أن التقدير الثلاثى للمفردة الذى يتطلبه المقياس (غالباً - أحياناً - نادراً) يبسط على المعلم عملية التقدير مما يعطى دقة أكبر فى النتائج خصوصاً إذا أردنا تشخيص المشكلة بين عدد كبير من التلاميذ يتعدى الآلاف .

ويوصى المؤلف الجهات المعنية (مراكز بحث علمى ، مؤسسات رعاية ، مراكز الإرشاد النفسى والتربوى ، المؤسسات التربوية " حضاتة - مدارس - جامعات - معاهد ") بالاهتمام بهذه المشكلة لأنها تلقى المزيد من الاهتمام على المستوى العالمى ، وأكبر دليل على ذلك الكم الكبير من المراجع الأجنبية فى هذا الموضوع مقارنة بالمراجعة العربية .

وفى دراسة أجراها المؤلف (٢٠٠١) عن العوامل المرتبطة بمشكلة ADHD بين تلاميذ المرحلة الابتدائية ، قام بتقديم مجموعة من التوصيات موجهة إلى الجهات المعنية يمكن عرضها كالتالى :

أ - يجب الاهتمام بتلاميذ المرحلة الابتدائية وتقديم الرعاية والعون لهم وذلك لأن هذه المرحلة هى الأساس الذى تبنى عليه المراحل التعليمية التالية .

ب - يجب الاهتمام بدراسة المشكلات السلوكية التى يعانى منها الأطفال بصفة عامة ومشكلة ADHD بصفة خاصة وذلك نظراً لانتشار هذه المشكلة بين تلاميذ المرحلة الابتدائية بما تتركه من آثار تعليمية واجتماعية ونفسية سيئة على التلاميذ والأباء والمعلمين .

ج - يجب على وزارة التربية والتعليم متمثلة فى الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس الابتدائية تقديم برامج إرشادية لآباء التلاميذ نوى ADHD تتضمن كيفية معاملة هؤلاء التلاميذ معاملة

سوية تبتعد عن التساهل الشديد والرفض والإكراه والتباعد والسلبية فى العلاقة مع الأبناء نظراً للتأثير السببى لهذه الأساليب فى حدوث مشكلة ADHD .

د - يجب على المختصين فى وزارتى التربية والتعليم والتعليم العالى تنمية مفهوم الذات (البعد الجسمى - البعد الاجتماعى - البعد العقلى والأكاديمى - بعد القلق " تخفيف حدته ") ، وأيضاً تنمية مهارات الإدراك البصرى (التمييز البصرى ، الذاكرة البصرية ، التعرف على الأشياء ، التآزر البصرى الحركى) لدى الأطفال ذوى ADHD نظراً لأن هذه المتغيرات لها دور كبير فى تخفيف حدة مشكلة ADHD .

هـ - يجب أن يكون هناك تنسيق بين وزارتى التربية والتعليم والتعليم العالى فى تشخيص المشكلات السلوكية ومنها مشكلة ADHD بين تلاميذ المرحلة الابتدائية ومعرفة أسبابها ومحاولة إعداد برامج علاجية لها حتى لا يستفحل أمرها وتحول دون النمو السوى لهؤلاء التلاميذ والذين هم أمل المستقبل .

و - يجب أن يكون هناك تعاون بين المنزل والمدرسة فى حل المشكلات السلوكية لدى التلاميذ .

مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

عزيزى / المعلم

أمامك مجموعة من العبارات التى تصف بعض السلوكيات التى قد تصدر من بعض التلاميذ فى الفصل أو المدرسة ، والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة وتحدد درجة انطباق كل عبارة من هذه العبارات على التلميذ المذكور فى ضوء خبرتك و علاقتك التدريسية بهذا التلميذ ، وذلك وفقاً لثلاثة اختيارات (غالباً ، أحياناً ، نادراً) ، فعلى سبيل المثال العبارة :

غالباً	أحياناً	نادراً	يتتبع أركان الفصل بنظراته أثناء شرح المعلم :
✓			- إذا كانت هذه العبارة تنطبق بصورة كثيرة على التلميذ المذكور ضع علامة (✓) تحت غالباً .
	✓		- وإذا كانت هذه العبارة تنطبق بصورة متوسطة على التلميذ المذكور ضع علامة (✓) تحت أحياناً .
		✓	- وإذا كانت هذه العبارة تنطبق بصورة قليلة على التلميذ المذكور ضع علامة (✓) تحت نادراً .

والرجاء تحرى الدقة فى التقدير ، حتى يتم الوصول إلى نتائج قد يمكن الاستفادة منها ، فى تقديم يد العون والمساعدة للتلاميذ والذين هم أمل الوطن المنشود .

مقياس تقدير المعلم لمشكلة ADHD

لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

إعداد (دكتور / حجاج غانم)

مدرس علم النفس التربوى - كلية التربية بقتا

اسم المعلم القائم بالتطبيق

بيانات خاصة بالتلميذ :

اسم التلميذ : تاريخ الميلاد :

الصف الدراسى : اسم المدرسة :

النوع : (ذكر / أنثى) تاريخ التطبيق :

م	المفردات	غالباً	أحياناً	نادراً
١	يبدو مشتت الذهن أثناء شرح المعلم فى الفصل			
٢	يتحرك على المقعد فى الفصل سواء برجليه أو يديه أو أى جزء من أجزاء جسمه			
٣	يتدفق فى الإجابة على أسئلة المعلم دون تفكير			
٤	يحاول الخروج بسرعة من المقعد بعد انتهاء الحصّة			
٥	لا يستقر فى مكان واحد فى المدرسة لعدة دقائق على الأكثر			
٦	يستجيب بسرعة لأى مثير يبعده عن متابعة شرح المعلم			
٧	يصدر أصواتاً مزعجة أثناء تقليب صفحات الكراسة أو الكتاب ..			
٨	يتحدث أثناء المشرح			
٩	يفشل فى إنهاء أى نشاط يكلف به فى الفصل			
١٠	يذهب إلى الفصل جرياً وليس مشياً			
١١	عندما نتحدث إليه ينصت حتى اكتمال الحديث			
١٢	ينسى بعض أدواته المهمة مثل الكراسة ، الكتاب ، القلم			
١٣	يحاول الخروج من الفصل أثناء الشرح لأسباب غير مقنعة وبطريقة متكررة			
١٤	يبدو مثيراً للوضوء والفوضى فى الفصل			
١٥	كتبه وكراساته منظمّة ومحافظ عليها			
١٦	يستوعب المعلومات بمجرد شرحها فى الحصّة			
١٧	يتسلق الأماكن المتاحة فى الفصل أو المدرسة (أراج - شبابيك - أسوار - عوارض)			
١٨	يستثار بسهولة من زملائه			
١٩	عندما يسأل المعلم سؤالاً فى المادة الدراسية فى الفصل يرفع يديه محاولاً الإجابة			
٢٠	يحاول أن يتتبع أركان الفصل بنظراته أثناء شرح المعلم			
٢١	يبدو متقلب المزاج			
٢٢	يتحدث بطريقة زائدة عن الحد			