

جامعة عمان العربية للدراسات العليا
كلية الدراسات التربوية العليا
قسم الإرشاد النفسي والتربوي

فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم في
خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم

مقدمة من الطالبة
لينا سعدي الدراس

إشراف
الأستاذ الدكتور صالح حسن الداھري

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات منح درجة دكتوراه فلسفة في التربية تخصص الإرشاد النفسي
والتربوي

كلية الدراسات التربوية العليا
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

٢٠٠٧

التفويض

أنا لينا سعدي الدراس .

أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي

للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها .

الاسم : لينا سعدي الدراس .

التوقيع : 

التاريخ : ٢٠٠٨ / ٣ / ٢٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج إرشادي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم .

أعضاء لجنة المناقشة :

الأستاذ الدكتور أحمد الصمادي

الأستاذ الدكتور حسين الشرعة

الأستاذ الدكتور سهام أبو عيطة

الأستاذ الدكتور صالح الداهري

رئيساً

عضواً

عضواً

عضواً ومشرفاً

شكر وتقدير

الحمد لله الذي لا ينسى من ذكره، ولا ينقص من شكره، ولا يخيب من دعاه، ولا يقطع رجاء من رجاءه. وصلى الله على من جعل لواء الحمد بيده، وبعثه مقاماً محموداً يغبطه به الأولون والآخرون، وعلى آله الطيبين الطاهرين، وأصحابه المجتبيين، ومن والاه إلى يوم الدين .

أتقدم بوافر الشكر والتقدير والاحترام لأستاذي الفاضل الدكتور صالح الداهري الذي تفضل بالإشراف على هذه الدراسة، فكان لتوجيهاته القيمة وإرشاداته المستمرة الأثر الكبير في إنجاز هذا العمل إتمامه. كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى أساتذتي الأفاضل الأستاذ الدكتور أحمد الصمادي ، والأستاذ الدكتور حسين الشكعة ، والأستاذة الدكتورة سهام أبو عيطة، لتفضلهم مشكورين على مناقشة هذه الدراسة والتي سيكون لملاحظاتهم القيمة الأثر الكبير في إثرائها والارتقاء بها نحو الأفضل ، راجيةً أن يجزيهم الله عني خير الجزاء.

ولا يفوتني أن أتقدم بشكري وتقديري إلى أعضاء فريق البحث الذين أسهموا بتطبيق برامج هذه الدراسة ، كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى أسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين تعاونوا معنا سهلوا لنا مهمة تطبيق البرامج . الشكر موصول لكل من أسهم وساعد في إنجاز هذا العمل

الإهداء

إلى الذين أبعدتني عنهم دروب الحياة وتجمعني بهم
دروب المحبة الدائمة .

إلى أبي الحبيب ...أمي الحنون ...أخوتي الأعزاء .

إلى رفيق دربي.....وسندي في غربتيشريك دربي....زوجي
الحبيب .

إلى شموع حياتناحمزة وندى ونور.

الباحثة

فهرس المحتويات

و.....	فهرس المحتويات
ي.....	الملخص
ل.....	ABSTRACT
١.....	الفصل الأول
١.....	خلفية الدراسة وأهميتها
١.....	المقدمة
٢.....	معدل انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
٢.....	مشكلة الدراسة
٤.....	عناصر الدراسة :
٤.....	فرضيات الدراسة
٤.....	أهمية الدراسة
٥.....	تعريف المصطلحات
٦.....	محددات الدراسة
٧.....	الفصل الثاني
٧.....	الإطار النظري والدراسات ذات الصلة
٧.....	أولاً : الإطار النظري
٨.....	الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
١٠.....	الأعراض الثانوية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
١٢.....	الاضطرابات النمائية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
١٤.....	أسباب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
٢٠.....	تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
٢٢.....	الأساليب العلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه
٢٩.....	اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة
٣١.....	ثانياً : الدراسات السابقة
٣٨.....	الفصل الثالث
٣٨.....	الطريقة والإجراءات

٣٨.....	مجتمع الدراسة :
٣٨.....	أفراد الدراسة
٣٩.....	أدوات الدراسة :
٤٨.....	إجراءات تطبيق الدراسة :
٤٩.....	قيادة المجموعات :
٤٩.....	متغيرات الدراسة :
٥٠.....	تصميم الدراسة :
٥١.....	المعالجة الإحصائية :
٥٢.....	الفصل الرابع
٥٢.....	النتائج
٥٢.....	النتائج المتعلقة بتكافؤ المجموعات على الاختبار القبلي :
٥٤.....	التحقق من فروض الدراسة:
٥٤.....	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:
٥٧.....	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:
٥٨.....	الفصل الخامس
٥٨.....	مناقشة النتائج والتوصيات
٥٨.....	أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والتي تنص على :
٦٢.....	ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على :
٦٤.....	التوصيات :
٦٥.....	المراجع
٦٥.....	المراجع باللغة العربية :
٦٧.....	المراجع باللغة الإنجليزية :
٧٦.....	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
1	توزيع أفراد العينة حسب العمر .	66
2	توزيع أفراد العينة حسب المؤسسات المنتسبين لها .	67
3	معاملات الثبات لأبعاد قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) .	٧٢
4	اختبار تحليل التباين الاحادي لدلالة الفروق بين المجموعات الثلاثة في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) قبل تطبيق البرنامج (للتحقق من تكافؤ المجموعتين)	٨٧
5	اختبار تحليل التباين الاحادي لدلالة الفروق بين المجموعات الثلاثة في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) بعد تطبيق البرنامج	٨٩
6	اختبار شيفيه لتوضيح مصدر الفروق بين المجموعات الثلاثة في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين)	٩٠

قائمة الملاحق

الرقم	المحتوى	الصفحة
١	القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه /الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية -النسخة المنقحة الرابعة .	118
٢	قائمة تقدير سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين).	120
٣	قائمة بأسماء أعضاء هيئة تحكيم قائمة تقدير سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين).	124
٤	تعديلات المحكمين على قائمة تقدير سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين).	125
٥	قائمة بأسماء أعضاء هيئة تحكيم البرامج التدريبية .	1٢٦
٦	البرنامج التدريبي الأول: برنامج تعديل السلوك الفردي.	1٢٧
٧	البرنامج التدريبي الثاني : برنامج الإرشاد والتدريب الأسري .	1٣٥

فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم

إعداد

لينا سعدي الدراس

إشراف

أ.د صالح حسن الداھري

الملخص

هدفت هذه الدراسة قياس أثر برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم لدى عينة من أطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم من المقيمين في المملكة العربية السعودية . بلغ عدد أفراد الدراسة (٤٥) طفلاً تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسادسة من العمر يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم ، تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات ، المجموعة التجريبية الأولى تضم (١٥) طفلاً ووالديهم ، والمجموعة التجريبية الثانية تضم (١٥) طفلاً ووالديهم ، والمجموعة الضابطة تضم (١٥) طفلاً ووالديهم . وقد تلقى أطفال المجموعة التجريبية الأولى برنامجاً فردياً لتعديل السلوك ، فيما تلقى أطفال المجموعة التجريبية الثانية البرنامج الفردي ذاته لتعديل السلوك بالإضافة إلى تلقي والديهم لبرنامج فردي لتدريب الوالدين ، بينما لم يتلق الأطفال أو والداهم في المجموعة الضابطة أية برامج تدريبية . هذا وقد أستغرق تطبيق البرامج ثمانية أسابيع ، بواقع جلستين تدريبيتين أسبوعياً .

ولغايات الدراسة الحالية قامت الباحثة بإعداد قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) ، وبرنامج لتعديل السلوك الفردي ، وبرنامج لتدريب والدي الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

لجمع البيانات اللازمة للدراسة تم تطبيق قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) ، على جميع أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرامج التدريبية وبعدها . ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية للمجموعات التجريبية والضابطة في القياس القبلي والبعدي ، قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الأحادي (ANCOVA)، ومن ثم اختبار شيفية لتحديد

دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة . وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعات التجريبية ، وهذا يشير إلى أن البرامج التدريبية كانت فعالة في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وكذلك أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى ، والمجموعة التجريبية الثانية ، ولصالح المجموعة التجريبية الثانية ، وهذا يشير إلى أن الربط بين تعديل السلوك الفردي الموجه للطفل ، والإرشاد والتدريب لوالدي هذا الطفل ، كان له فعالية أكبر في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وأوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات منها تنوع الأساليب العلاجية والتوجيهية عند التعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وذلك لخفض أعراض الاضطراب لديهم ، ومساعدة أسرهم للتعامل مع هذا الاضطراب في المراحل العمرية المبكرة للحيلولة دون تطور أعراض الاضطراب لديهم .

The Effectiveness of Behavioral Training Program for Preschoolers along With a Guideness Program for their Parents upon The Symptoms of Attention Deficit &Hyperactivity Disorder

Prepared by
Lina Sadi Al-Darras

Supervised by
Professor Dr. Saleh Hassan Al-Daherey

ABSTRACT

This study aimed to examine the effects of behavioral training program for preschoolers, along with a training program for their parents, on the basic symptoms of attention deficit & hyperactivity disorder (ADHD) , for a sample within 4-6 years old , who were suffering from ADHD and reside in Saudia Arabia .

The subjects of the study consisted of (45) children and their parents , randomly assigned into two experimental groups, and one control group , each of which has (15) children and their parents . The first experimental group attended a behavioral training program for the children , meanwhile the second experimental group attended a behavioral training program for the children along with a training program for their parents , and no treatment was applied on the control group .The programs lasted eight weeks , two sessions per week .

The researcher used (ANCOVA) to find any statistical significance differences between the arithmetic means of the experimental groups, and the control group, then used (Scheffe's Test) to examine these differences .

The results indicated that there were a statistically significant differences between both of the experimental groups, and the control group, in favor of the experimental groups , which means that the training programs were effective in reducing the symptoms of ADHD .

Moreover the results showed that there were a statistically significant differences between the first and the second experimental group, in favor of the second experimental group , which means that applying of the behavioral training program for the children along with a training program for their parents , was more effective in reducing the symptoms of ADHD ,than applying the behavioral training program for the children alone .

The study recommended variation of the instructional and therapeutic methods , in order to reduce the symptoms of ADHD , and assist the families of these children ,to deal with this disorder in the early childhood .

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

يعتبر اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Attention Deficit & Hyperactivity Disorder) المسئول عن حركة الطفل غير الطبيعية والتي تؤثر بشكل سلبي في سلوكياته وسلامته في المنزل ، حيث يقدم الطفل المصاب على التصرف باندفاع غير متوقع، بالإضافة إلى عدم وضع نتائج سلوكياته قيد الحسبان أو التفكير ، وتدني أدائه التحصيلي في المدرسة نظراً لأن التشتت الذي يعاني منه الطفل يعيقه عن إتمام أداء واجباته المدرسية دون انقطاعات متكررة (مجموعة دعم اضطراب فرط الحركة ، ٢٠٠٦) .

هذا ويمتد تأثير هذا الاضطراب إلى مجالات واسعة من حياة الفرد الأكاديمية والاجتماعية والمهنية ، وتتعدد أعراضه وتتغير مع تقدم المصاب بالعمر، كما ويتداخل مع بعض الاضطرابات النمائية الأخرى وبخاصة في مرحلة الطفولة (الرويتع ، ٢٠٠٢) .

وتكمن خطورة إصابة الأطفال بهذا الاضطراب في جانبين ؛ أولهما يتعلق بالارتفاع الشديد في معدل انتشاره مقارنة بنسبة انتشار جميع الإعاقات المختلفة ، حيث يصل معدل شيوعه إلى (١٠%) تقريباً لدى الأطفال بصورة عامة ، بينما تتراوح نسبة انتشار الإعاقات المختلفة ما بين (٣-٥%) تقريباً . وأما الجانب الثاني فيتمثل في الآثار السلبية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الطفل وأسرته كنتيجة لأعراض هذا الاضطراب (الخشرمي وسيد أحمد، ٢٠٠٦) .

يُعرف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على أنه اضطراب عصبي سلوكي يظهر على شكل نموذج مترابط من سلوكيات الحركة الزائدة وتشتت الانتباه والاندفاع بمستويات متفاوتة لدى الأفراد المصابين به ، وتبدأ أعراضه بالظهور من الطفولة المبكرة ويمكن تشخيصه كذلك في مرحلة البلوغ (Lilly & Company, 2006) .

أما باركلي (Barkley, 1998) فقد وصف الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بأنهم يعانون من صعوبات مزمنة في الانتباه ، أو النشاط الزائد والاندفاع ، بحيث تظهر هذه الخصائص في سن مبكرة وبشكل غير متلائم مع عمرهم الزمني و مستواهم النمائي ، وتظهر في الأوضاع والمواقف المختلفة ، ولا يكون سببها مشكلات حسية أو لغوية أو إعاقات حركية أو عقلية أو اضطرابات انفعالية شديدة .

تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال في المراحل العمرية الأولى من خلال النشاط الحركي المتزايد بمظاهر متنوعة ، مثل البدء بالجري بمجرد تعلم المشي ، وتسلق الأشياء في المنزل وخارجه، والاندفاع في الطرقات المزدحمة بالسيارات ، وفي مرحلة رياض الأطفال يلاحظ على هؤلاء الأطفال ضعف مقدرتهم على الاستمرار باللعب لفترات طويلة في أنشطة اللعب المختلفة ، مما يؤكد على أن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يمكن ملاحظتها في سنوات ما قبل المدرسة (الخشرمي، ٢٠٠٤) .

معدل انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

أورد المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية في تقريره لعام (٢٠٠٣) أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد صنف على أنه الاضطراب السلوكي الأكثر انتشاراً وشيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية بدرجات مختلفة من الأعراض الأساسية والمتمثلة في التشتت في الانتباه والقهرية والحركة الزائدة ، وأن نسبة انتشاره لدى الأطفال الذين هم في عمر المدرسة تقدر بحوالي ٣% - ٥% (National Institute of Mental Health ,2003) .

وتشير الدراسات كالدراصة التي أجراها بنيدا (Pineda, Lopera, Henoa, Palacio, & Catellanos 2001) أن ما نسبته (٦,٢%) من الأطفال الذين هم في مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-٦ سنوات ، يظهرون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

وفي الدراسة التي أجراها جيرالد و بيرى (Gerald & Berry,1993) على عينة من الأطفال الكنديين الذين تتراوح أعمارهم بين ٤-١٦ سنة ، أوضحت النتائج أن معدل انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يتراوح بين (٤-١٤%) ، أما معدل انتشاره بين الذكور فهو ٩% فيما بلغ معدل انتشاره بين الإناث ٣,٣% ، أي أن معدل الانتشار بين الذكور والإناث يساوي (١:٣) .

وعلى الصعيد العربي ، فقد أشارت (اليوسفي ، ٢٠٠٥) إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في مصر ، تصل إلى ما يقارب ٦% من مجموع الأطفال في المراحل الابتدائية . كما يعتبر هذا الاضطراب من أكثر أنواع الاضطرابات التي يتردد بها المصابون سواء من الأطفال أو المراهقين على عيادات الطب النفسي ، حيث تقدر نسبتهم بحوالي ٥٠% من جميع المترددون على تلك العيادات (سيسام ، ٢٠٠٥) .

أما فيما يختص بجنس المصاب فقد ذكرت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR,2000) أن معدل انتشار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الذكور يعادل أربعة أضعاف انتشاره عند الإناث (٤ : ١) .

أوضحت دراسة كانتويل (Cantwell,1995) بأن أنثى واحدة مقابل تسعة ذكور من الأطفال يترددون على العيادات النفسية لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه. وقد عزا كانتويل هذا الاختلاف في النسبة بين الذكور والإناث إلى أن الأعراض المعبرة عن هذا الاضطراب لدى الإناث هي تشتت الانتباه والمشكلات المعرفية . في حين أن أعراضاً مثل العدوانية والاندفاع هي أكثر وضوحاً لدى الذكور ، الأمر الذي يقلل من نسبة وعدد زيارات الإناث للعيادات النفسية ، أو حتى يجعل العديد من الإناث المصابات باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غير مشخصات وغير متلقيات لأية برامج علاجية (سيسام ، ٢٠٠١؛ Quinn & Nadeau,1998) .

وعلى الرغم من كثرة الأبحاث والدراسات التي حاولت دراسة وتحديد معدل انتشار اضطراب فرط الحركة ، وتشتت الانتباه ، إلا أن نتائج هذه الدراسات لم تكن دائماً متوافقة ، وقد يعود السبب في ذلك إلى تعدد سمات هذا الاضطراب ، وطريقة التشخيص ، ونوعية الدراسة المستخدمة، وخصائص العينة وفتتها العمرية ، ومدى التوافق بين آراء الوالدين والأطباء والأخصائيين العاملين مع الحالة (سيسام ، ٢٠٠١ ؛ الحامد، ٢٠٠٢) .

مشكلة الدراسة

إن الغرض من هذه الدراسة تحديد مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي للأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم. ويتضح مما تقدم أن معدل انتشار هذا الاضطراب واسع جداً حسب الإحصائيات الموجودة، وأن تأثيره على الأطفال الذين يعانون منه يطال العديد من مجالات حياتهم التكيفية، والنمائية، والمدرسية، والاجتماعية، واللغوية، وغيرها، لاسيما وأن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لا يقتصر تأثيره على مرحلة الطفولة المبكرة، وإنما يستمر تأثيره خلال مرحلتي المراهقة والرشد.

وفي الوقت ذاته فإنه كثيراً ما يساء فهم الطفل المصاب بهذا الاضطراب من قبل والديه، الأمر الذي يدفعهم لمعاملته تارةً بقسوة للسيطرة عليه، وتارةً أخرى بتدليل زائد، دون وعي منهم لما يعانيه الطفل من أعراض لاضطراب يجعل من الطفل فرداً صعب السيطرة عليه أحياناً.

هذا بالإضافة إلى أن العديد من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، والذين لم يتلقوا خدمات تأهيلية للحد من آثار هذا الاضطراب عليهم، يتم رفضهم من قبل مدارس التعليم العام، الأمر الذي يؤدي إلى إلحاقهم بمراكز التعليم الخاص، وحرمانهم من فرصة الاندماج مع أقرانهم من العاديين في الفصول العادية.

واضعين بعين الاعتبار عدم وجود برامج تدريبية متخصصة للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المملكة العربية السعودية، ضمن حدود علم الباحثة.

ونظراً للدور الفعال الذي يلعبه التدخل المبكر بأشكاله المتعددة، وبرامجه المتنوعة، في الحد من آثار الاضطرابات النمائية عموماً، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بشكل خاص، فقد ارتأت الباحثة دراسة مدى جدوى دمج فنيات تعديل السلوك الفردي، مع فنيات الإرشاد والتدريب الأسري، للحد من آثار هذا الاضطراب في مرحلة عمرية مهمة، وذات تأثير ممتد على المراحل العمرية اللاحقة، والتي هي مرحلة الطفولة المتوسطة، الممتدة من أربع إلى ست سنوات، ومن ثم محاولة تحديد مدى فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي الفردي للأطفال ما قبل المدرسة، و البرنامج الإرشادي التدريبي المقدم لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال.

عناصر الدراسة :

أسئلة الدراسة

ستحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية :

١. هل توجد فروق بين سلوك أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل سلوك فردي و سلوك أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل سلوك فردي مقرون بإرشاد أسري للوالدين وبين سلوك المجموعة الضابطة التي لم تتلق أية برامج تدريبية ؟
٢. هل توجد فروق بين سلوك أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل سلوك فردي مقرون بإرشاد أسري للوالدين وبين سلوك أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل سلوك فردي ؟

فرضيات الدراسة

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) في متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي و أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري للوالدين وبين متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لأفراد المجموعة الضابطة تعزى إلى البرامج التدريبية المطبقة .
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي و متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري للوالدين .

أهمية الدراسة

تهدف الدراسة إلى تعزيز المعرفة السابقة حول استخدام التدخل العلاجي متعدد الأوجه وبخاصة من ناحية التدخل السلوكي المباشر والتوجيه الأسري ، وتمثل أهمية الدراسة في كونها تستهدف أطفال ما قبل المدرسة الذين تقع أعمارهم بين ٤-٦ سنوات، وهي فئة عمرية لم تنطرق لها الدراسات التي تناولت اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بشكل كبير . وتبني هذه الدراسة أحد منهجية التدخل المبكر الذي يلعب دوراً هاماً في تطوير قدرات الأطفال ، وسد احتياجاتهم ، في هذه المراحل العمرية المبكرة ، الأمر الذي يؤهلهم لاحقاً للتحاق والتقدم في البرامج التربوية التي تقدم في المدارس العادية بهدف دمجهم فيها .

هذا وتعمل الدراسة على وضع هذه المعرفة في متناول العاملين في مجال الإرشاد السلوكي والأسري ، و بناء برنامج علاجي سلوكي مباشر للتعامل مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، للحد من السلوكيات المرتبطة بالاضطراب بشكل مقترن مع برنامج للإرشاد والتدريب الأسري لخدمة ذات الهدف ، وتحسين الممارسات الأبوية مع الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، مما يخدم تطوره النمائي والأكاديمي .

علمًا بأن برامج الإرشاد وتدريب الوالدين تعمل على تغيير مفاهيم وتوقعات الأهل تجاه طفلهم الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، كما أنها تركز على آلية تغيير السلوكيات السلبية واستبدالها بأخرى إيجابية ، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى زيادة معدل التكيف الشخصي والاجتماعي للطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه داخل إطار البيئة المنزلية وخارجها .

أما فيما يختص بالأهمية البحثية للدراسة الحالية فينعكس من خلال محدودية الدراسات العربية - ضمن حدود علم الباحثة - التي تبحث في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وكيفية التعامل معه من منظور متعدد الأوجه من ناحية ، أما من الناحية الأخرى فإن هنالك محدودية في الدراسات العربية التي تناولت الأسرة كمحور علاجي أساسي لتعديل السلوكيات المترتبة على إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

تعريف المصطلحات

■ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD):

يعرف الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR,2000) اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على أنه اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة - قبل سن سبع سنوات - ويظهر في بيئات مختلفة كالمدرسة والمنزل والملعب ، ويستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر ، ويحدث تعطل في الوظائف الأكاديمية ، والاجتماعية ، والمهنية ، والنفسية ، ولا يظهر نتيجة لاضطراب نمائي آخر من الاضطرابات

النمائية الشاملة كالتوحد ، أو اسبرجر على سبيل المثال ، ولا يمكن تفسيره باضطراب القلق ، أو اضطراب الشخصية ، أو الفصام ، أو الاضطراب الانفعالي (APA,2000) .

ويعرف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إجرائياً : أنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل على قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) .

■ تعديل السلوك الفردي:

يعرف الخطيب (٢٠٠٤) تعديل السلوك على أنه " العلم الذي يشتمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن الاتجاه السلوكي ، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي . وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها عن التغير الذي حدث في السلوك " .

ويعرف تعديل السلوك إجرائياً : أنه مجموعة من الإجراءات والنشاطات السلوكية التي وضعتها الباحثة وفق برنامج تدريبي محدد للأطفال يتكون من خمس عشرة جلسة تدريبية فردية ، مبني على التطبيقات العملية للمبادئ السلوكية لبناء السلوكيات المرغوبة والحد من السلوكيات غير المرغوبة ، مدة كل منها نصف ساعة .

■ الإرشاد والتدريب الأسري :

هي مجموعة من البرامج التي تهدف إلى تدريب الوالدين لإكسابهم المهارات الأساسية واللازمة لتعديل السلوكيات غير الملائمة لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل ، بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية تعديل البيئة المنزلية للطفل كي تصبح ملائمة له ولاحتياجاته، كما وتركز هذه البرامج على الجانب التثقيفي حول الاضطراب الذي يعاني منه طفلهم ، وزيادة مدى تقبل الأهل، وخفض الشعور بالذنب لديهم ، وتحسين التواصل بينهم وبين أطفالهم (Barkely , 1988 ; NIMH , 2003)

ويعرف الإرشاد والتدريب الأسري إجرائياً : أنه مجموعة من الإجراءات والنشاطات السلوكية التي وضعتها الباحثة وفق برنامج تدريبي محدد لأمهات وآباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يتكون من خمس عشرة جلسة تدريبية فردية مدة كل منها (٣٠) دقيقة ، لتعريفهم بالأعراض والمشكلات السلوكية الخاصة بهذا الاضطراب ، وتدريب الأسرة على استخدام مهارات إدارة السلوك في المنزل للحد من أعراض هذا الاضطراب .

محددات الدراسة

- اقتصار عينة الدراسة على الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والذين تتراوح أعمارهم ما بين الرابعة والسادسة من العمر ووالديهم.
- اقتصار عينة هذه الدراسة على الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المشخصين من قبل أطباء أطفال وأطباء نفسيين و أطباء مخ وأعصاب في المملكة العربية السعودية ووالديهم ، مما يعني أن نتائج هذه الدراسة تخص هذه العينة ولا يمكن تعميمها إلا على عينة مماثلة لعينة الدراسة .
- اقتصار عينة الدراسة على الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فقط دون أية إعاقات مصاحبة .
- تتحدد هذه الدراسة باستخدام أداة القياس القبلي ذاتها كأداة للقياس البعدي .
- الأثر الناتج عن اختلاف شخصيات قيادات مجموعات الدراسة .

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

أولاً: الإطار النظري

الخلفية النظرية للبرنامج التدريبي:

يعتمد برنامج تعديل السلوك الفردي على النظرية السلوكية التي تركز على تغيير وتعديل السلوك الظاهر للإنسان ، باستخدام أساليب و فنيات تعديل السلوك (الخطيب ، ٢٠٠٣) .

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية المثبت فعاليتها في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال ، وفي الدراسة التي أجراها كيندال (Kendall,1985) المشار إليها في (سيد أحمد و بدر، ٢٠٠٤) للوقوف على مدى فاعلية هذا النوع من العلاج في خفض مستوى الاندفاعية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، أوضحت النتائج أن استخدام فنيات العلاج السلوكي في التدريب قد أدت إلى خفض مستوى الاندفاعية ، وزيادة القدرة على التحكم لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وقد أثبتت الدراسات أن العلاج السلوكي لا يؤدي إلى النجاح في إزالة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فحسب ، بل تمتد نتائجه لتشمل حدوث تغييرات إيجابية في الشخصية والسلوك لم تكن هي بحد ذاتها موضوعاً مباشراً للعلاج ، فالنجاح يخلق نجاحاً آخر ، واكتساب الثقة في علاج مشكلة معينة سيؤدي إلى مزيد من الثقة في اكتساب أشكال إيجابية أخرى من السلوك (إبراهيم ، والدخيل ، وإبراهيم ، ١٩٩٣) .

وضمن هذا الإطار يرى بلهام (Pelham,2005) انه إذا أراد الأهل أن يتبنوا اتجاهاً فعالاً في التعامل مع أطفالهم المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فإن تعديل السلوك هو كل ما يحتاجونه لذلك ، وذلك نظراً لأنه لا يتضمن إعطاء الطفل أية عقارات مهدئة أو محفزة . وعلى الرغم من أن بعض الأطفال قد يحتاجون لما هو أكثر من ذلك ، ولكنه في جميع الأحوال لن يكون بديلاً لتقنيات إدارة وتعديل السلوك ، لذا فإن تدريب الأهل كيفية القيام بالتعامل مع سلوكيات أطفالهم وتعديلها عند الحاجة خطوة لا بد منها قبل التفكير في وضع الطفل تحت تأثير أي علاج دوائي .

أما برنامج التدريب الأسري فينطلق من الاتجاه النظري القائل بأن التدريب الأسري لأمهات وآباء الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مهم و ضروري وذو علاقة مباشرة في تعديل وتحسين سلوكيات الأطفال في المنزل . هذا ولا يقتصر التطور الناتج من مثل هذا النوع من البرامج على البيئة المنزلية فقط ، بل يمتد ليؤثر إيجابياً على سلوكيات الأطفال في المدرسة أيضاً (Rabiner, 2007) ..

وقد أوضحت دراسة الحالة التي أجراها ارهاردت و بايكر (Erhardt & Baker, 1990) على طفل فلبيني ، وآخر أمريكي من أصل أفريقي ، أن إخضاع الوالدين والطفل معاً لبرنامج تدريبي سلوكي له تأثير إيجابي واضح في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الطفل ، وأن هذا التطور ناتج عن تحسن علاقة الأهل بالطفل وازدياد قدرتهم على تنظيم وإدارة سلوكيات طفلهم كنتيجة لفهمهم لطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه طفلهم ، واكتسابهم للإستراتيجيات التي تساعد على التعامل مع سلوكيات طفلهم .

وقد قام جونستون وفريمان (Johnston & Freman , 1997) بدراسة العلاقة بين تفاعل الوالدين والسلوك المشكل لدى أطفالهم الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد أوضحت النتائج أن تفاعل الوالدين السلبي مع أطفالهم مرده للسلوك غير التكيفي لدى هؤلاء الأطفال.

مفهوم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه :

الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

تعتبر الأعراض الثلاثة التالية هي الأعراض الأساسية المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وهذه

السمات هي :

أولاً: ضعف الانتباه *Inattention*

تشير هذه الخاصية إلى عدم قدرة الطفل على التركيز لمدة ملائمة على المثير المقدم له ، وبناءً عليه فقد يبدو أحياناً أن الطفل ينتبه ويركز على المثيرات من حوله، إلا أنه يفقد انتباهه بشكل سريع جداً . وهنا نلاحظ أن أهالي الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أحياناً ما يشيرون إلى أن أطفالهم قد ينخرطون باللعب في لعبة معينة لمدة ساعة تقريباً دون انقطاع ، إلا أنهم في الوقت ذاته لا يكونون قادرين على متابعة الأوامر والتوجيهات على مائدة الطعام ، ويبدون وكأنهم يعانون من أحلام اليقظة في تلك اللحظات ، وهنا لابد من الإشارة إلى أن نوعية المثيرات التي تقاطع انتباه الطفل وتركيزه تتنوع وتختلف من طفل إلى آخر ، فبعض الأطفال تشتتهم المثيرات البصرية مثل الحركة والألوان ، وآخرون تشتتهم المثيرات الصوتية مثل الأصوات غير المتوقعة في الخلفية السمعية ، وعموماً فإن جميع النشاطات التي تحتاج لانتباه متواصل تشكل تحدٍ يصعب تخطيه للأطفال الذين يعانون من عرض ضعف الانتباه (Jones, 1998) .

وتتمثل مشكلات الانتباه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في ثلاثة مجالات

رئيسية وهي :

■ عدم الاستمرار بالانتباه لمدة كافية لإنهاء مهارة ما : أي أن مدى انتباه الطفل قصير ولا يمكنه من إنهاء المهارات أو تكرارها .

■ عدم مقاومة التشتت : إن قدرة الطفل على مقاومة المثيرات المشتتة والمحافظة على الانتباه الانتقائي محدودة جداً .

■ عدم الانتباه بفاعلية : أي أن قدرة الطفل على ملاحظة التفاصيل وإتمام الخطوات التسلسلية للمهارات غير متلائم مع عمره الزمني (الرويتع ، ٢٠٠٢ ؛ Fowler,2002) .

ومن الجدير بالذكر أن مظاهر ضعف الانتباه تظهر في المواقف التي تحتاج إلى انتباه مركز و معالجة للمعلومات ، وفي المواقف التي تفتقر للمتعة والجدبية ، أو تلك التي تكون صعبة أو شاقة أو مفروضة عليهم ولا يتوافر فيها التعزيز، وبخاصة التعزيز الفوري ، وكذلك الحال في المواقف الجماعية ، والمهام المتكررة والروتينية . وعلى النقيض من ذلك تقل حدة أعراض ضعف الانتباه في المواقف التي يكون التعزيز فيها فورياً ، أو في مواقف التفاعل الفردي ، أو تلك المواقف التي تتضمن أنشطة محببة مثل مشاهدة التلفاز أو اللعب بألعاب الكمبيوتر أو الفيديو ، حيث تنخفض حدة التشتت ولا تعكس المدى الحقيقي لانتباه الطفل (Chu,2003) .

ثانياً : الاندفاعية أو القسرية *Impulsiveness*

عرف باركلي (Barkly,1998) الاندفاعية على أنها العجز في القدرة على كبح السلوك ، وذلك عند الاستجابة لمتطلبات المواقف المختلفة ، وذلك بالمقارنة مع الأقران من المرحلة العمرية ذاتها ، والجنس ذاته . وغالباً ما ترتبط الاندفاعية بضعف القدرة على تأخير الاستجابة أو تأجيل الإشباع .

وتشير الدراسات إلى أن الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يواجهون صعوبة واضحة عند مواجهتهم لمواقف تتطلب الانتظار داخل الحجره الصفية ، و كذلك الحال ، عند مواجهتهم للمواقف التي يكون مستوى التحفيز فيها متدنياً (Antrop, Buysse,Herbert,&Oost,2005) .

هذا و يعاني الأطفال المصابون بفرط الحركة وتشتت الانتباه من صعوبة في إجراء عملية التفكير قبل التصرف ، حيث يبدو وكأنهم يتصرفون دون تخطيط مسبق أو دون تفكير في عواقب ما يفعلون ، لذا غالباً ما نراهم يتكلمون في أشياء خارجة عن إطار الموضوع الذي يناقش أمامهم ، أو على سبيل المثال يمزقون أعمالهم قبل الانتهاء منها بحجة أنها لم تعجبهم حتى قبل أن تكتمل . وهذا العرض تعتبر بمثابة معيق أساسي لإكمال هؤلاء الأطفال للمهام المطلوبة منهم . كما أن استمرارية هذا العرض عبر المراحل النمائية يؤدي إلى معاناة الطفل من مشكلات في الحساب والقراءة . بالإضافة إلى ظهور سمات الفوضى والتردد ، والنسيان ، وصعوبة انتظار الدور في المجموعات (Flick, 1998) .

كما ويؤدي السلوك الاندفاعي إلى عدم القدرة على التحكم بالذات ، حيث أن الطفل هنا لا يقصد في معظم الحالات إثارة المشكلات ، وهو يعلم جيداً ما يجب عليه فعله ، ولديه القدرة على فهم وإدراك اللوائح والقواعد الخاصة بمكانه ، إلا أنه لا يفكر في سلوكه إلا بعد ظهور عواقبه ، وعليه يشعر بتأنيب الضمير والذنب ، إلا أن هذه المشاعر لا تعيقه من تكرار سلوكه الاندفاعي في مواقف مستقبلية أخرى . وهذا ينطبق على مواقف اللعب ، ومواقف التعلم، والمواقف الاجتماعية (سيسام ، ٢٠٠١) .

ثالثاً : الحركة الزائدة *Hyperactivity*

يعتبر هذا العرض من أوضح وأهم السمات المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، حتى أن بعض الأهل قد يعلقون على ذلك بقولهم أن طفلهم كان كثير الحركة حتى قبل أن يولد . وهنا يبدو الطفل وكأنه في حالة دائمة من النشاط وينتقل من نشاط إلى آخر بعشوائية وبطريقة غير هادفة ودون توقف حتى لو طلب منه ذلك . وخلال هذه الحركة يكون هناك العديد من الحوادث والخسائر في البيئة المحيطة بالطفل ، وأحياناً لدى الطفل نفسه من جراء قفزه وتسلقه وتنقله المستمر من مكان لآخر (Jones,1998) .

وقد عرف باركلي (Barkly,1998) الحركة الزائدة على أنها مستويات غير ملائمة أو مفرطة من النشاط أكانت هذه النشاطات حركية أم صوتية ، وغالباً ما تكون النشاطات الحركية التي يقوم بها الطفل لا تتصل بالمهمات أو المواقف التي تحدث ضمن إطارها .

وتتسم حركة الطفل المصاب بهذا الاضطراب بالعشوائية وانعدام الغاية أو الهدف ، وتدفعه إلى الانتقال من عمل إلى آخر دون أن ينجز العمل السابق ، و تتضح خطورة هذه الحركة عندما يتوجب على الطفل المصاب التواجد في مواقف يحتاج فيها إلى السيطرة على حركاته وتنقلاته، مثل الوضع الصفى بداية في رياض الأطفال ومن ثم في المدرسة الإلزامية، حيث يصبح هؤلاء الأطفال أكثر عصبية وتلملاً وإثارة للمشكلات بسبب حركتهم بالمقارنة مع أقرانهم العاديين (سيسام ، ٢٠٠١ ؛ Fowler,2002) .

علماً بأن سلوكيات الحركة الزائدة تصبح أقل حدة في مرحلتى المراهقة والرشد ، وتصبح بعض الأمطاط السلوكية أكثر وضوحاً مثل الكلام المفرط ، إلا أن هؤلاء الأفراد لا يزالون أكثر تلملاً وحركةً من أقرانهم في الموقف ذاته (؛ Barkly,1998 Fowler, 2002) .

الأعراض الثانوية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

بالإضافة إلى الأعراض الثلاثة السابقة فإن هناك مجموعة من الأعراض التي يمكن ملاحظتها لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل :

- ضعف التنظيم أو الفوضوية : ويظهر هذا العرض من خلال جانبين أساسيين أولهما: المظهر العام، حيث يبدو الطفل قليل الاهتمام بمظهره الخارجي أو نظافته الشخصية. وأما الجانب الثاني فهو المتعلق بطريقة تعامله مع الأشياء والأدوات المهمة من حوله ، فهو لا يهتم بتنظيم كتبه مثلاً وقد ينساها ، أو من خلالهما معاً. وهذا العرض يسهم في زيادة الصعوبات التي يواجهها الطفل في إكمال المهمات المطلوبة منه (سيسام ، ٢٠٠١ ؛ Flick, 1998) .

- ضعف العلاقات مع الأقران والرفاق : على الرغم من الحساسية العامة لدى هؤلاء الأطفال ورغبتهم الشديدة في الحصول على التقبل من الآخرين ، ألا أنهم غالباً ما يخطئون في فهم التلميحات الاجتماعية ، كما أن سلوكيات الاندفاعية التي يعانون منها لا تلعب دوراً إيجابياً في تدعيم قدراتهم على بناء علاقات اجتماعية ملائمة مع أقرانهم ورفقائهم ، وعليه فهم يعانون من النبذ والرفض من قبل أقرانهم و يكونون أقل شعبية من زملائهم (سيد أحمد وبدر، ٢٠٠٤ ؛ Rief,2005) .
- السلوكيات العدوانية : تؤكد الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن السلوك العدواني ناتج عن تراكم خبرات الفشل والتجاهل والخبرات السلبية ، وهو عبارة عن رد فعل للنتائج السلبية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وتعمل هذه الخاصية على خلق نتائج سلبية طويلة المدى على الطفل، حيث يصبح من الصعب السيطرة على الطفل وإدارة سلوكياته دون اللجوء إلى استخدام العلاجات الدوائية المتنوعة بالإضافة إلى التدخلات العلاجية السلوكية المكثفة (سيسام، ٢٠٠١، Flick, 1998) .
- عدم الإشباع : لا يبدو على الطفل أنه يرضى بأي شيء ، فقد يستمر بالحديث عن الموضوع نفسه ، أو يسأل في الموضوع ذاته عدة مرات دون توقف . كذلك قد لا يكتفي أو يمل من الشيء ذاته ، فهو يريد المزيد ويصر على الحصول عليه (مجموعة دعم اضطراب فرط الحركة ، ٢٠٠٥) .
- تشوه مفهوم الذات وتدني تقدير الذات : يعتبر الأطفال المصابون باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من الأطفال الحساسين والانفعاليين والواعين لمشكلاتهم والصعوبات التي يعانون منها ، هذا بالإضافة إلى شعورهم بالإحباط تجاه فشلهم في إتمام المهمات المطلوبة منهم ، ووعيهم للرسائل السلبية المرسلة إليهم من قبل رفاقهم وأقاربهم من الأطفال وحتى البالغين ، الأمر الذي يكون ذا تأثير سلبي في تقديرهم لذواتهم (الروتيع ، ٢٠٠٢؛ Flick , 1998) .
- أحلام اليقظة والسرمان : يصف أهل أطفالهم ضمن إطار هذه الخاصية على أنهم قادرون على قضاء يومهم كاملاً لا يفعلون شيئاً ، أو أنهم حاضرون بأجسادهم وغائبون في عقولهم . لذا يسميهم بعض العلماء بأطفال أحلام اليقظة أو الأطفال المحملقين في النجوم (سيد أحمد وبدر ، ٢٠٠٤) .
- ضعف التآزر : يعاني معظم الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من صعوبات في أداء المهارات الحركية الدقيقة وبخاصة المهارات المرتبطة بإمسك القلم والكتابة والخط ، ويتضح ذلك من خلال عدم التناسق في الخط وعدم انتظام الكتابة على السطر. وهذا ناتج عن الاندفاعية والتسرع الذي يعاني منهما الطفل، فيما قد يبرع هذا الطفل في أداء المهارات الحركية الكبرى المتضمنة في الأنشطة الرياضية مثلاً (سيسام ، ٢٠٠١؛ Copeland,love,1995) .

- مشكلات الذاكرة : يظهر هذا العرض من خلال مواجهة الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لصعوبات في عمل الذاكرة قصيرة المدى ، وعليه فقد ينسى الطفل أماكن أشيائه أحياناً ، و يواجه صعوبات في نقل الأحداث المهمة التي يمر بها خلال اليوم ، و صعوبة حفظ أو مذاكرة واجباته المدرسية ، وتفاعل مشكلات الذاكرة مع الحالة الذهنية والحركية للمصاب من حيث تشتت الانتباه والسرمان والحركة المفرطة ، الأمر الذي يجعل من الصعب تحديد فيما إذا كان الطفل قد أكتسب المعلومة أساساً ، أو أنه غير قادر على تخزينها وتذكرها (Flick,1998 ; DuPaul & Stoner , 1994).
- عدم الثبات الانفعالي : يصف الأهل والأخصائيون الأطفال اللذين يعانون من هذا العرض وكأنهم أفراد مزاجيون ، فهم اليوم متجاوبون وغداً غير ذلك ، والمهمة التي يبذلون قدرة على أدائها اليوم قد لا يستطيعون أداءها في اليوم التالي . أي أن سلوكياتهم وأدائهم لا يمكن التنبؤ بهما (سيد أحمد و بدر ، ٢٠٠٤) .

إن الأعراض الأساسية والثانوية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تؤثر بشكل سلبي في أداء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب على مقاييس واختبارات الذكاء مثل اختباري بينية و وكسلر ، مما يجعلهم يحصلون على درجات متدنية لا تعكس المستوى الحقيقي لذكائهم (Fee,Matson&Benavides,1994). ويشير سيد أحمد (٢٠٠٤) إلى أن تدني مستوى ذكاء الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لا يرجع لكونهم أغبياء أو متخلفين عقلياً، ولكن مرده أن أعراض هذا الاضطراب تحدث خللاً وارتباكاً في أداء قدراتهم المعرفية الأمر الذي يؤثر في كفاءة هذه القدرات بحيث تضعف قدرتهم على الانتباه ، والإدراك، والتفكير ، والتذكر ، والفهم . وهذا بدوره يجعلهم إما أن يستجيبوا لاختبارات الذكاء بطريقة خطأ، و إما أن يستغرقوا وقتاً أطول من ذاك المحدد للاستجابة .

الاضطرابات النمائية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

يتداخل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مع بعض الاضطرابات النمائية التي تتصاحب معه في كثير من الحالات ، حيث وجدت العديد من الدراسات ، بأن أكثر من ٥٠% من الأفراد اللذين يعانون من هذا الاضطراب ، تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لواحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية أو النمائية الأخرى (الرويتع، ٢٠٠٣ ; Chu,2003) . وتشير الدراسات ، إلى أن احتمالية إصابة الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالاضطرابات النفسية والنمائية كصعوبات التعلم ، والسلوكيات القهرية ، والاضطرابات اللغوية ، وغيرها، أعلى بست مرات من احتمالية إصابة الطفل العادي بها (Brown,2005) .

أما دراسة تاكاشي وأسمو و ياتشي و تاتشيرو (Takashi,Osamu,Yuichi,Tatsuro,2003) فقد كشفت أن حوالي ٢٤% من الأطفال اللذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مصابون بواحد من الاضطرابات النفسية ، وأن ٣٣% منهم يعانون من اضطرابين نفسيين ، وأن ١١% يعانون من ثلاثة اضطرابات نفسية . وكذلك بينت الدراسة أن ٢٥% من هؤلاء الأطفال يظهرون أعراض اكتئاب حاد ، و ٢٠% منهم يعانون من اضطرابات ثنائية القطب Bipolar Disorders ، وان ما يقارب ٥٥% منهم تنتشر بينهم اضطرابات التصرف Conduct Disorder .

فيما يلي عرض موجز لأهم الاضطرابات النمائية التي قد تصاحب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه :

أولاً / صعوبات التعلم : تشير الدراسات الحديثة إلى أن (١٢-٦٠ %) من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، يعانون من شكل من أشكال صعوبات التعلم ، سواء أكان ذلك في القراءة أم الكتابة أم الحساب (Rief,2005 ; Brown,2005 ; Flick,1998).

وقد أكدت الدراسة التي أجراها المعهد الوطني للصحة العقلية (National Institute of Mental Health ,2003) ، أن ما نسبته (٢٠-٣٠%) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، يعانون من شكل محدد من أشكال صعوبات التعلم. هذا وقد أشارت نتائج الدراسة التي أجراها ويلكت و بيتجامين و ساميلسون وكورلي والسون (Willcutt, Betjemann, Samuelsson, Corley, Olson,2006) إلى وجود ارتباط قوي بين أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والضعف في مهارات ما قبل القراءة لدى الأطفال المصابين في مرحلة الروضة .

ثانياً / اضطرابات التصرف : تعتبر الاضطرابات السلوكية كالعدوانية والعناد والتمرد ومعارضة الآخرين من أكثر الاضطرابات السلوكية مرافقةً لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، حيث قدرت الدراسات ، أن ما يقارب (٢٠-٦٠ %) من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون من اضطرابات التصرف (سيد أحمد و بدر، ٢٠٠٤) . وهذا ما أكده المعهد الوطني للصحة العقلية (National Institute of Mental Health ,2003)، عندما قدر بأن (٢٠-٤٠ %) من المصابين بفرط الحركة وتشتت الانتباه ربما يتطور لديهم شكل من أشكال اضطرابات التصرف مثل العدوانية ، وتخريب الممتلكات العامة والخاصة ، والكذب ، والخداع ، والسرقه . كما أنهم يكونون أكثر عرضة لإدمان المخدرات والكحول.

ثالثاً / الاضطرابات اللغوية : أوضحت الدراسات وجود علاقة بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، حيث يعاني الأطفال المصابون بهذا الاضطراب من قصور في اللغة التعبيرية وبخاصة عندما يواجهون مهمات أو مواقف تتطلب منهم الدقة والتنظيم في الكلام ، عندها تتضح لديهم محدودية القدرة على الطلاقة اللفظية ، وصعوبة التعبير عن الأفكار بسلاسة . بينما تكون مشكلاتهم في اللغة الاستقبالية أقل حدةً ووضوحاً (Brown,2005 ; Barkley, 2005) . وقد أكدت الدراسة التي أجرتها بيرثيامي (Berthiaume,2005) انخفاض قدرة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على التعرف على المعلومات الخطأ أو غير المرتبطة بالقصص التي تسمع عليهم ، وكذلك الحال فيما يختص بالأسئلة المتعلقة بأحداث القصة وتكرارهم لإجابة لا أعلم بالمقارنة مع أقرانهم العاديين .

رابعاً / اضطراب التحدي و المعارضة Oppositional Defiant Disorder : بينت الدراسات أن ما نسبته (٣٠-٦٥ %) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم سمات الميل للتحدي والعداء للسلطة والسلوك العدواني ، وبخاصة ذاك الموجه ضد المجتمع ، هذا بالإضافة إلى عدم الانتباه والسلوك الاندفاعي ، وهذه السلوكيات مجملها هي أعراض تشخيصية لاضطراب التحدي والمعارضة (Rief,2005 ; National Institute of Mental Health ,2003 ; Chu2003 ; Barkley,1998) .

خامساً / القلق والاكتئاب Anxiety & Depression :أجمعت العديد من هذه الدراسات على وجود تلازم بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والقلق والاكتئاب ، وقد بين بيدرمان ونيوكورن و سبرايش (Biederman, Newcorn, Sprich,1991 أن ٧٥% من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم أعراض اكتئاب ، وأن ٢٥% منهم لديهم أعراض قلق عصبي .

سادساً/ اضطرابات النوم Sleeping Disorders : أشار باركلي (Barkley, 1998) إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غالباً ما يعانون من مشكلات في النوم من أهمها : رفض الذهاب إلى الفراش ، وتكرار الاستيقاظ خلال الليل ، والشعور بالتعب عند النهوض من النوم ، و قلة ساعات النوم عموماً . وقد أكدت نتائج الدراسة التي أجراها شيرفن Chervin عام ١٩٩٧ ، والمشار إليها في (سيد أحمد و بدر ، ٢٠٠٤) على أطفال تتراوح أعمارهم بين ٢-١٨ سنة أن (٨١%) من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون من اضطرابات في النوم.

سابعاً / اضطرابات سلوكية أخرى : يرتبط اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أحياناً مع اضطرابات أخرى وبخاصة عند التقدم في العمر مثل اضطرابات الوسواس القهري ، والاضطرابات ثنائية القطب، واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، واضطرابات التوافق ، واللوازم العصبية مثل متلازمة توريت Toarett's Syndrome (الحامد، ٢٠٠٢ ؛ National Institute of Mental Health ,2003 Chu,2003) .

أسباب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

حاولت العديد من النظريات تفسير أسباب اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد خلصت هذه النظريات إلى وجود جملة من الأسباب المحتملة لهذا الاضطراب ، إلا أنها مجملها أخفقت في دعم أو تأييد أي من الأسباب ، الأمر الذي حدا بالباحثين إلى النظر إلى اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على أنه نتاج لتفاعل عدة عوامل (سيسام ، ٢٠٠١ ؛ اليوسفي ، ٢٠٠٥ ؛ سيد أحمد و بدر ، ٢٠٠٤ ؛ Mcnamaral, 2006) . ولعل من أهم هذه العوامل :

● العوامل البيولوجية :

تركز العوامل البيولوجية على دور العوامل الوراثية والعصبية والكيميائية في الإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وفيما يلي شرح موجز عن كل منها :

أ / الأسباب الوراثية :

أشارت الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى أن حوالي ٥٥% - ٩٢% من أعراض هذا الاضطراب مرتبط بعوامل وراثية (سيسام، ٢٠٠١ ؛ Cadoret & Caspers, 1999) .

وقد تمت دراسة التأثير الجيني من خلال دراسات التوائم المتماثلة ، حيث انطلقت هذه الدراسات من أن تشخيص أفراد التوائم بالإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يدل على تماثل الجينات الوراثية الخاصة بالاضطراب بينهما (اليوسفي ، ٢٠٠٥ ، ص. ٢٦) . ضمن هذا الإطار أجرى جلز و جلجر و بينجتون و دفرز (Gilger , Gills , Pennington & Defries , 1992) دراسة وجدت أن نسبة ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى التوائم المتماثلة بلغت ٨١% وللتوائم غير المتماثلة ٢٩% ، كما وجدت الدراسة بأن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأقارب من الدرجة الأولى بلغت ٢٥% .

وقد أوضحت دراسة مورسن وستيوارت (Morrison & Stewart , 1974) المشار إليها في (سيسام ، ٢٠٠١) أن ٢٠% من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين أجريت عليهم الدراسة كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أثناء طفولتهم ، وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوكيات معادية للمجتمع بالإضافة إلى إدمانهم للمشروبات الكحولية .

وهذا ما أكدته الدراسة التي أجراها بيدرمان وكينن (Biederman&Keenan,1990) بأن ٢٥% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه كان لديهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الاضطراب ذاته.
ب/ العوامل العصبية :

تشير هذه العوامل إلى وجود اختلال في التوازن الكيميائي للناقلات العصبية التي تعمل على نقل الإشارات العصبية المختلفة بالمخ ، حيث إن هذه الناقلات تساعد خلايا الدماغ على الارتباط ببعضها بعضاً ، والاعتلال في هذه الناقلات يؤدي إلى تأثر ميكانزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز وتزداد حركته واندفاعيته (القرعان ، ٢٠٠٦ ؛ حسن وعبد الغفار ، ٢٠٠٦ ؛ اليوسفي ، ٢٠٠٥) .

ومن ناحية أخرى فقد ركز بعض الباحثين على استقصاء العلاقة بين وجود شذوذ في الاستثارة في القشرة الدماغية (Abnormalities in Cortical) ، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد ساعدت التقنية الحديثة المختصين على البحث عبر استخدام المسح لقطاعات المخ (C.T Scan) ، وقد أكدت الدراسات وجود نشاط منخفض في الفص الأيمن وفي الجانب الأيمن من مقدمة الجبهة ، مقارنةً بالجانب الأيسر . وبالإشارة إلى أن مناطق الفص الجبهي في الدماغ مسئولة عن التحكم في الوظائف التنفيذية المعرفية مثل الانتباه ، والتنظيم ، والتخطيط للبدء بالنشاطات ، وال ضبط والتحكم الذاتي ، ومراقبة وضبط الاستجابات للمثيرات الفورية ، وتسلسل وتنظيم الحركات والطلاقة اللفظية ، والذاكرة العاملة ، فإن هذا الأمر يفسر الأعراض السلوكية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، نظراً لعدم قدرة المصابين على التحكم أو كبح مناطق الفص الجبهي (سيسام ، ٢٠٠١ ؛ Layer , 1998 ; Flick , 1988) .

وقد أكدت الدراسة التي أجراها تريب و راين و سبايس (Tripp,Ryan&Speace,2002) الفرضية التي تنص على وجود خلل في الوظائف التنفيذية المعرفية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، نظراً لأن أداء هؤلاء الأطفال على اختبارات وظائف الفص الجبهي ، كان أقل مقارنةً مع أقرانهم من العاديين ، كما وجدت النتائج أيضاً أن تدفق الدم وبخاصة للفص الجبهي الأمامي كان منخفضاً لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وضمن ذات الإطار، أشار المعهد الوطني للصحة النفسية (National Institute for Mental Health,2003) أن حجم دماغ الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أقل بنسبة ٥% مقارنةً مع الأطفال العاديين في ذات المرحلة العمرية ، وهذا ما أكدته الدراسات التي أجراها الباحثون في المعهد الوطني للصحة العقلية ٢٠٠٢م عندما أوضحوا بأن حجم دماغ الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أقل بنسبه تصل إلى (٣ - ٤ %) مقارنة مع الأطفال الطبيعيين .

هذا وقد أشارت دراسة تشو (Chu,2003) إلى وجود علاقة بين انخفاض مستوى التمثيل الغذائي للجلوكوز في منطقة الفص الجبهي الأيسر- وبين شدة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. وقد أكدت الدراسة التي أجراها زاميتكن ١٩٩٠ (Zametkin) المشار إليها في (سيسام ، ٢٠٠١) هذه العلاقة عبر دراسة التمثيل الغذائي للسكر عند ٢٥ أباً وأماً لأطفال مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لم يسبق لهم تعاطي أدوية لعلاج هذه الحالة، وقد قام أولاً بتسوية معدل السكر عند جميع أفراد العينة (وذلك لتقليل الفروق الفردية في تمثيل السكر) ، فوجد انخفاضاً ملحوظاً في معدل السكر المهضوم في لحاء القشرة الأمامية للدماغ.

ج / العوامل الكيميائية :

يشير فولر (Fowler , 2002) أن مادة الدوبامين Dopamine هي المسئولة عن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حيث إن نسبة وجود هذه المادة لدى هؤلاء المصابين تكون منخفضة ، وقد اكتشفت الدراسات الأساس الجيني لجزء من مشكلات الدوبامين التي تظهر لدى المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وقد أشار ماك كراكين (McCracken, 1991) إلى أن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراز الدوبامين ، مما يؤدي إلى زيادة إفراز هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية والذي يعمل على كبح جماح السلوك . كما أوضح (القرعان ، ٢٠٠٦) احتمالية وجود ارتباط عالٍ بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، واضطرابات الغدة الدرقية ، وبخاصةً حالات رفض الهرمون الذي تفرزه الغدة الدرقية . وقد أشار (سيسام ، ٢٠٠١) إلى أن ٧٠% من حالات المصابين برفض هرمون الغدة الدرقية يعانون أيضاً من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه . إلا أن باركلي (Barkly,1998) أكد أن نسبة المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والذين يعانون من اضطراب رفض هرمون الغدة الدرقية منخفض جداً .

وعلى الرغم من وضوح تأثير العامل البيولوجي في الإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، إلا أن هناك تداخلاً وتفاعلاً ما بين العوامل الجينية والعصبية والكيميائية والعوامل البيئية (حسين وعبد الغفار ، ٢٠٠٦ ؛ اليوسفي ، ٢٠٠٥) .

● العوامل البيئية : Environmental Factors

تلعب العوامل البيئية دوراً كبيراً في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ اللحظات الأولى للإخصاب ، أي في مرحلة الحمل ومن ثم الولادة ، ومن ثم ما بعد الولادة وفيما يلي عرض موجز لكل منها :

١. مرحلة الحمل :

إن تعرض الأم الحامل لتشنجات خلال الحمل ، أو التعرض لقدر كبير من الأشعة، أو تناولها للمخدرات والكحوليات أو بعض العقاقير الطبية، أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري وغيرها . يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في الدماغ لدى الجنين ، ويؤثر في نمو الجهاز العصبي لديه، الأمر الذي يزيد من احتمالية ولادة أطفال مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، أو زيادة الفرصة لإصابتهم به لاحقاً (سيد أحمد وبدر ، ٢٠٠٤) .

٢. مرحلة الولادة :

تعتبر عوامل مثل تعرض الأم الحامل لحالات طول أو قصر— فترة المخاض ، أو الصدمات خلال الولادة أو حالات التفاف الحبل السري على عنق الجنين ، عوامل تؤدي مجملها إلى إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه ، الأمر الذي يؤثر على قدرة المخ على معالجة المعلومات ، والانتباه والتحكم في السلوك مما يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقد أوضح تشو (Chu , 2003) أن نقصان الوزن عند الولادة يرتبط بظهور بعض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل عدم الانتباه والسلوك الفوضوي وسوء التكيف المدرسي ، وأن نسبة المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أكثر ثلاث مرات لدى الأطفال الذين كان وزنهم أقل عند الولادة بالمقارنة مع الأطفال العاديين .

٣ . مرحلة ما بعد الولادة :

تمثل عوامل مثل الصدمات والارتطام وسوء التغذية والأمراض والتلوث البيئي التي قد يتعرض لها الأطفال خلال سنوات حياتهم الأولى عوامل خطر Risk Factors للإصابة بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد لوحظ وجود ارتباط بين ارتفاع نسبة الرصاص في الجسم وظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (سيد أحمد وبدر ، ٢٠٠٤ ؛ القرعان ، ٢٠٠٦) .

هذا وقد أشار فولر (Fowler , 1991) إلى أن التسمم بالرصاص قد يكون مرده لبعض الأطعمة والمواد المتضمنة في تصنيع بعض الألعاب ، وأن ارتفاع مستويات الرصاص في الجسم تؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه . وقد أكدت دراسة وينيك عام ١٩٨٩ Winneke المشار إليها في (سيد أحمد وبدر ، ٢٠٠٤) وجود علاقة موجبة بين مستوى الرصاص في الدم ومستوى اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وشدته .

كما أن الصبغيات والمواد الحافظة المضافة للأطعمة لإعطائها نكهة أو لون، والسكريات ، قد تلعب دوراً في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، أو قد تعمل على زيادة حدة الأعراض عند تناول هذه المواد . وقد أوضحت دراسة (National Institute of M.H , 2003) أن الحمية الغذائية قد أسهمت في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى ٥% من المصابين .

أما الدراسة التي أجراها ولراتش وميليتش وستومبو وسكولتس (Wolraich, Milich, Stumbo & Schults, 1985) فقد أشارت إلى عدم وجود تأثير ذي دلالة للسكر على الأطفال ، حيث عمل الباحثون على استخدام السكر لعدة أيام ومن ثم استبداله ببديل للسكر في أيام أخرى دون علم الأهل أو المعلمين أو حتى الأطفال أنفسهم ، ولم يلاحظ الباحثون أية تغييرات ذات دلالة في سلوكيات هؤلاء الأطفال .

ضمن ذات الإطار قام هوفر وميليتش (Hoover & Milich, 1994) بدراسة تأثير السكر في مجموعة من الأطفال أفادت أمهاتهم بأن لديهم حساسية للسكر Sugar-Sensitive عمل الباحثان خلالها على توزيع الأطفال على مجموعتين إحداهما تم إعطاء أفرادها السكر ، والأخرى أعطي أفرادها بديلاً للسكر . وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذين تناولوا السكر كان نشاطهم الحركي أكثر بالمقارنة مع المجموعة الأخرى .

هذا ويشير باركلي (Barkly,1988) إلى أن العقاقير الطبية التي تستخدم لعلاج نوبات الصرع وبعض العقاقير المستخدمة لعلاج أزمات الربو تعمل على زيادة شدة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال الذين يتناولونها . وقد وجدت بعض الدراسات المشار إليها في (القرعان ، ٢٠٠٦) أن (٩ - ٧٥%) من الأطفال الذين يتناولون عقار الفينوباربيتال Phenobarbital (عقار لمعالجة نوبات الصرع) يصابون باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أو تزداد لديهم شدة أعراض هذا الاضطراب .

كما أن تناول الأم للكحول والمخدرات والتدخين له ارتباط قوي بالإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وكذلك الحال فيما يختص بالتعرض الزائد لأشعة اكس وتناول بعض الأدوية والعقاقير (اليوسفي ، ٢٠٠٥ ؛ الحامد ، ٢٠٠٢) .

● العوامل الأسرية :

تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدى التفاعل بينهما ، حيث إن استخدام أسلوب العقاب البدني المتكرر، وعدم توفير فرصة نجاح للطفل ، وتعرضه لخبرات الفشل وعدم التشجيع ، والإهمال ، والرفض الصريح أو المقنع ، يدفع الطفل نحو الاكتئاب وتدني تقدير الذات الأمر الذي قد يكون السبب في ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (اليوسفي، ٢٠٠٥؛ Mash & Hohanston, 1990).

وقد أوضحت الدراسة التي أجراها بندا و لوبرا و هينا و بلاكيو و كاتيلينوس (Pineda, Lopera, Henoa,) أن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، والأسر المتصدعة ، وذلك بسبب إهمال الوالدين للطفل وعدم رعايته . وهذا ما أكدته الدراسة التي أجراها بيدرمان وفارون ومونتيكوس (Biederman,Faraone,Monuteaux,2002) إلى وجود علاقة بين كثرة الخلافات العائلية وتدني الطبقة الاجتماعية وزيادة حجم الأسرة وبين شدة الإصابة بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وفي الدراسة التي أجراها كابلان عام ١٩٩٤ Kaplan المشار إليها (سيد أحمد ، بدر، ٢٠٠٤) في فقد هدف إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة الأبناء باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد تكونت عينة دراسته من أطفال يعيشون في مؤسسات إيوائية وآخرين مع أسرهم ، وقد أظهرت النتائج أن نسبة الإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه أعلى لدى الأطفال المودعين في المؤسسات الإيوائية مما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي ينجم عن التفكك الأسري ذو علاقة وطيدة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

ولكن وفي الوقت ذاته أشار (اليوسفي ، ٢٠٠٥) إلى أن السلوك السلبي وكثرة الأوامر والنقد المفرط من قبل الآباء لأبنائهم الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد تكون نتيجة لسلوك أطفالهم السلبي. وهذا ينسجم مع نتائج بعض الدراسات التي استخدمت العقاقير الطبية للحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، حيث لوحظ أن معدل التوجيهات والأوامر والسلوك السلبي من قبل الأمهات ينخفض مع انخفاض حدة أعراض الاضطراب (Barkly , 1988) . وقد أكدت دراسات عديدة أن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تنخفض بشكل ملحوظ لدى الأطفال المصابين عندما يتبنى الوالدان والمعلمون أساليب تحفيزية وتشجيعية داعمة (Shoor ,1990) .

تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

تتمثل أهمية تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في كونه يؤثر في أداء الطفل في مهاراته النمائية بما يقارب ٣٠% ، حيث إن انخفاض مستوى قدرة الطفل على التركيز والانتباه قد يجعل طفلاً في التاسعة من عمره يتصرف وكأنه في عمر السادسة ، وخاصةً فيما يختص بقدرته على ضبط نفسه والانتباه؛ على الرغم من أن مستوى ذكائه لا يقل عن أقرانه في العمر الزمني ذاته . واضعين بالاعتبار بأن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد تكون موجودة لدى (٤٠% - ٦٠%) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب ، القلق ، طيف التوحد ، صعوبات التعلم (مجموعة دعم اضطراب فرط الحركة ، ٢٠٠٦) .

يعتبر تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه خطوة هامة وضرورية قبل اتخاذ القرارات التي تتعلق بالخدمات اللازمة والأسلوب العلاجي الملائم للطفل. وعلى الرغم من تعدد أساليب القياس ، فإن تشخيص هذا الاضطراب له محاذيره ، وذلك لتعدد صور الاضطراب وسماته الفرعية وتزامنه مع اضطرابات أخرى مصاحبة له في كثير من الحالات (الرويتع ، ٢٠٠٢) .

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR) إلى مجموعة من المعايير التشخيصية والتصنيفية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وهي كالتالي:

أولاً: نمط اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والمصحوب بتشتت الانتباه -ADHD-Predominantly Inattentive- Type A1 ، وهنا تهيمن سلوكيات عدم الانتباه على الطفل أكثر من فرط الحركة والاندفاعية ، حيث يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته ، ويكون مدى انتباهه غير ملائم لعمره الزمني ، ولا يستطيع متابعة التعليمات أو الإنصات بفعالية .

ثانياً: نمط اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والمصحوب بالنشاط المفرط والاندفاعية ، ADHD-Predominantly Hyperactive-Impulsive-Type A2 ، وهنا تهيمن سلوكيات فرط الحركة والاندفاعية، حيث يجد الطفل صعوبة في البقاء في مقعده دون حركة ، ويحدث صخباً وضوضاء ، ويتحدث بكثرة مقاطعاً الآخرين ومتدخلًا في نشاطاتهم وأعمالهم .

ثالثاً: نمط اضطراب النشاط الزائد / قصور الانتباه والمصحوب بتشتت الانتباه مشترك ١ و٢ ADHD-Combined Type A1 and A2 ، وهنا تتلازم أعراض تشتت الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية لدى الطفل المصاب .

يحتوي كل نمط من الأنماط السابقة على مجموعة من المظاهر السلوكية التي يجب أن تظهر لدى الطفل قبل سن السابعة ، وان تكون غير ملائمة لعمر الطفل ، وأن يتكرر ظهورها لمدة ستة أشهر (اليوسفي، ٢٠٠٥؛ سيسام، ٢٠٠١؛ APA,2000) .

وقد أشارت الدراسات أن النمط الثالث هو النمط الأكثر شيوعاً من أنماط اضطراب فرط

الحركة وتشتت الانتباه حيث تتراوح نسبة الإصابة به بين ٤-١٢% في مرحلة الطفولة المبكرة (American Academy for Pediatrics,2001 ; National Institute of Mental Health,2001) .

و لتشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فإنه غالباً ما يستخدم أسلوب التقييم المتعدد الأوجه ، و يتم ذلك عبر جمع بيانات عن سلوكيات الطفل وإجراء فحوصات طبية عضوية وإجراء اختبارات تقييميه مثل استبانه تقييم الظروف المنزلية لباركلي (١٩٩٥) ، وقائمة سلوكيات الطفل ل (Achanbach)؛ هذا بالإضافة إلى الملاحظة المباشرة للطفل في العيادة والمدرسة والمنزل باستخدام مقاييس كميّاس التقدير لكونرز (Conners Rating Scales) ، حيث تستخدم جميع الأساليب السابقة بشكل متكامل للتوصل إلى تحديد إمكانية إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Johnson, 1994) .

وتمر عملية التشخيص بعدة خطوات (سيسالم ، ٢٠٠١؛ American Academy for Pediatrics, 2001) أهمها :

- جمع معلومات أساسية عن حالة الطفل وسلوكياته من والديه ومعلميه والقائمين على رعايته .
 - التنسيق مع الأسرة لإجراء متابعة يومية لسلوكيات الطفل والأعراض التي لديه لمدة ستة أشهر قبل البدء بالعلاج .
 - إجراء فحوصات طبية شاملة للطفل للتأكد من سلامته العضوية وخلوه من إعاقات النمو، بالإضافة إلى التقييم النفسي للطفل بالاعتماد على المقاييس المخصصة لقياس أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
 - إجراء بعض الاختبارات النفس-عصبية كاختبارات القدرة ، والمهارات البصرية ، و اختبارات الذاكرة ، والانتباه ، وغيرها .
 - ملاحظة سلوكيات الطفل في مواقف مختلفة .
- كما وتستخدم اختبارات الذكاء الفردية ، ومقاييس التحصيل التربوية ، وتقييم اللغة ، بالإضافة إلى بعض الأساليب الطبية المعقدة التي لا تزال في طور البحث مثل المسح الكهربائي الدماغى (القرعان ، ٢٠٠٦ ؛ الرويتع ، ٢٠٠٢) .

الأساليب العلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

نظراً لتعدد الأسباب المتوقعة لهذا الاضطراب ، وتعدد طرق تشخيص أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وتعدد اتجاهات المعالين والأخصائيين ، فقد تنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة للحد من هذه الأعراض ، حيث أستخدم العلاج الطبي عبر الأدوية والعقاقير الطبية ، والعلاج السلوكي عبر تقنيات تعديل السلوك والأساليب المعرفية ، بالإضافة إلى برامج تدريب الوالدين ، وبرامج الحماية الغذائية ، وغير ذلك من الأساليب العلاجية (القرعان، ٢٠٠٦؛ اليوسفي، ٢٠٠٥) . وقد تبنت بعض الدراسات الحديثة النموذج العلاجي متعدد الأوجه الذي يشترك ضمن إطاره الأهل والمعلمون والأخصائيون في بناء الخطة العلاجية للطفل وتنفيذها ، وذلك بهدف زيادة كفاءة الطفل الاجتماعية مع والديه ورفاقه وإخوانه ، والحد من سلوكياته غير المرغوبة، وتدعيم مفهومه وتقديره لذاته ، بالإضافة إلى تطوير قدرته على الاستقلالية في جميع نواحي حياته، كما و يضم البرنامج العلاجي متعدد الأوجه العلاج الطبي ، والعلاج السلوكي ، وبرامج تدريب الوالدين ، والإرشاد للطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وأسرته (Pfiffner&McBurnett,2004 ; Rief,2005) . وفيما يلي عرض لأهم وأبرز الأساليب العلاجية المستخدمة للحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه :

أولاً : العلاج الطبي Medical Treatment

تقسم الأدوية المستخدمة لعلاج أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى نوعين أساسيين أولاهما العقاقير المنشطة أو المنبهة Psycho Stimulants ، و ثانيهما فهي العقاقير المضادة للاكتئاب Antidepressants . تستخدم العقاقير المنشطة لزيادة نشاط الأجهزة اللاإرادية في الجسم وتقويتها والتقليل من درجة التوتر والتهيج ، وذلك عبر تحفيز الناقلات العصبية وزيادة ضخ الدم لمناطق معينة في الدماغ ، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى تحسين عمل الفص الأمامي من الدماغ المركزي (Pelham,2005). وقد أشار باركلي (Barkely,1998) إلى أن العقاقير المنشطة تساعد على زيادة قدرة الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على التعلم ، وتحد من درجة الاندفاع والسلوك الفوضوي والاندفاعية ، الأمر الذي ينمي ثقة الطفل بنفسه ويزيد من تقديره لذاته .

تعتبر مركبات مثل الريتالين (Ritalin) ، اديرال (Adderall) ، ستراتيرا (Strattera) ، وسيليرت (Sylert) ، من أكثر العقاقير المنشطة استخداماً ونجاحاً في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال . وقد أشارت الدراسات إلى أن تسعة من كل عشرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ويستخدمون واحداً من العقاقير المنشطة يبدون تحسناً ملحوظاً خلال ستة أسابيع من بدء تناولهم للعقار (National Institute of Mental Health,2003 ; Copeland&love,1995) .

كذلك فقد أوضحت دراسة مونتيرو وفيرستون وبيسترمان وبينيت وميرسر (Monteiro,Firston,Pesterman,Bennet&Mercer,1997) أن للريتالين تأثيراً إيجابياً على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة ،والذين تمت دراستهم .

أما دراسة جومان وجونسبرغ وسوبرامانين وشومان وكير (Ghuman, Ginsburg, 2001)

التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية ، فقد حاولت تحديد الجوانب الايجابية والسلبية عند استخدام عقار الريتالين لمعالجة أطفال ما قبل المدرسة ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٧) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين ٣-٥ سنوات ، وقد أوضحت النتائج وجود فعالية علاجية لهذا العقار ، إلا أن هناك بعض الأعراض الجانبية مثل فقدان الشهية ونقصان الوزن تظهر كنتيجة لاستخدام العقار .

وقد أكدت نتيجة دراسة فيرستون وموستن وبيستمان وميرسر وبينت (Firston, Musten, Pisterman, Mercer, & Bennett, 1998) أن الآثار الجانبية لعقار الريتالين تزداد بزيادة الجرعات العلاجية للأطفال في عمر ما قبل المدرسة ، كما أن هذه الأعراض تزداد لدى الأطفال الأصغر سناً ، مقارنةً بالأطفال الأكبر سناً . تتمثل الآثار الجانبية السلبية للعقاقير المنشطة عموماً بفقدان الشهية ، والأرق ، وتقلبات المزاج ، والكسل ، ونقصان الوزن ، وقد يؤدي تناول هذه العقاقير أحياناً إلى الاضطرابات الحركية أو الرعشات اللاإرادية . هذا بالإضافة إلى إدمان بعض الحالات للعقاقير ، أو فقدانها لفعاليتها عند استخدامها لفترات علاجية مطولة (القرعان، ٢٠٠٦ ؛ سيد أحمد وبدر، ٢٠٠٤ ؛ Copeland & Love, 1995) .

أما فيما يختص بالعقاقير المضادة للاكتئاب فلعلم من أكثرها شيوعاً واستخداماً مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هي توفرانيل Tofranil ، وباميلور Pamelor ، وتراسلك Tricylic . وتستخدم هذه المركبات كعلاج بديل للعقاقير المنشطة عندما تترافق أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بأعراض قلق وتوتر واكتئاب ، أو عندما تتطور وتزداد الآثار الجانبية للأدوية المنشطة على المصاب . ومن أبرز الفوائد العلاجية للعقاقير المضادة للاكتئاب خفض درجة الاندفاعية والحركة الزائدة ، وتحسين المزاج ، وتحقيق درجة ملائمة من الاستقرار الانفعالي ، وخفض درجة القلق ، والحد من اضطرابات النوم ، إلا أن تأثيرها على الانتباه فهو أقل من تأثيرها على الأعراض الأخرى (سيسالم، ٢٠٠١ ؛ Hunt, Paguin, & Payton, 2001) .

في الدراسة التي أجراها ويفر (Weaver, 2000) حول تأثير العقاقير المنشطة والعقاقير المضادة للاكتئاب على (٢٥) طفلاً مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وجد أن كلا النوعين يساهمان في خفض أعراض الاضطراب لدى الأطفال الأكبر سناً من سن خمس سنوات ، حيث يتحسن لديهم مدى الانتباه ، وتنخفض الاندفاعية و الحركة الزائدة والضوضاء والسلوك المزعج .

هذا وتعتبر أعراض مثل جفاف الفم ، والصداع ، والدوخة ، وآلام المعدة ، والإمساك ، والسكون غير الطبيعي ، والاضطراب في الجهاز الدوري من الآثار الجانبية المسجلة لاستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب (حامد، ٢٠٠٢ ؛ Hunt, et.al, 2001) .

وعلى الرغم من النجاحات التي حققتها العلاجات الدوائية في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، إلا أن نتائج الدراسات توصي بـ :

- عدم استخدام العقاقير الدوائية كوسيلة علاجية منفردة بل أشراكها مع أساليب وبرامج علاجية أخرى مثل برامج العلاج السلوكي والمعرفي وغيرها .

- ليس كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يحتاجون إلى عقاقير دوائية ، كما أنها لا تنجح بالضرورة مع كل المصابين بهذا الاضطراب.
- إن درجة التحسن العامة لدى الطفل لا تعتمد كلياً على استخدام الأدوية ولكن على البرامج التدريبية المصاحبة ، والفريق العامل مع الطفل ، ودرجة اقتناع الطفل نفسه بأهمية الدواء ودوره في تحسين سلوكياته .
- لابد من مراقبة مدى استجابة الطفل للعقار المستخدم ، ومدى شدة الآثار الجانبية لديه ، ويراعى تخفيض كمية الجرعة أو زيادتها أو الاستبدال بعقار آخر وفقاً لاستجابة الطفل .
- مراعاة عمر الطفل حيث لا تعطى العقاقير المنشطة للأطفال دون سن الثالثة ، أما عقار الريفالين فلا يجب إعطاؤه للطفل قبل بلوغه ست سنوات وفقاً لتوصيات منظمة الأغذية والأدوية الأمريكية .
(اليوسفي ، ٢٠٠٥ ؛ الحامد ، ٢٠٠٢ ؛ سيسالم ، ٢٠٠١ ، Copeland, 1995) .

ثانياً : الحميات الغذائية Diets

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة مثل السكريات والألوان الصناعية والروائح الصناعية والمواد الحافظة على اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وعليه فإنهم يرون أن عمل نظام غذائي خاص للأطفال المصابين بهذا الاضطراب من شأنه خفض أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه ، ومن مميزات هذا النوع من العلاج أنه لا ينتج عنه أية أعراض جانبية أو خطورة على الصحة ، كما أنه يمكن إيقافه مباشرة دون ردود أفعال سلبية ، كما أنه أقل تكلفة من الدواء (اليوسفي ، ٢٠٠٥ ؛ سيسالم ، ٢٠٠٦ ؛ ADHD Information Library, 2003) .

وقد أوضحت الدراسة التي أجراها لومبار و جرمانو عام ١٩٨٨ المشار إليها (اليوسفي ، ٢٠٠٥) على (١٦) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عمل خلالها على خفض نسبة ما يتناوله هؤلاء الأطفال من السكر واللبن والشوكولاته والذرة والقمح لمدة عامين أدت إلى انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى ٦٢% من هؤلاء الأطفال ، وقد أوصت الدراسة بإضافة فيتامين (B) إلى أطعمة البرامج الغذائية لما يلعبه من دور في نمو خلايا الدماغ للأطفال .

وقد انتشرت العديد من البرامج والحميات الغذائية الحديثة الهادفة إلى خفض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ومن أمثلتها برنامج كوان الغذائي (Cowan, 2002) الذي ينصح باستخدامه لكل أفراد العائلة وليس فقط للأطفال المصابين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، ويحدد البرنامج مجموعة من الأطعمة الممنوعة مثل منتجات الألبان الطبيعية وبعض أنواع حليب الأطفال كامل الدسم ، والأطعمة المحفوظة والسكريات والشوكولاته والمعجنات والأطعمة المقلية والوجبات السريعة وتستبدل بأطعمة مثل البروتينات والمعادن والفيتامينات الموجودة في الخضروات والفواكه الطازجة وزيت السمك . وقد ثبتت فعالية هذا البرنامج في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بنسبة ٢٠% لدى الأطفال الذين استخدموه .

أما نظام فنجولد الغذائي (Feingold Diet) فقد انطلق من الفرضية التي تقول بأن كل الإضافات الغذائية ومادة الساليسلات (Salicylates) المكونة للأسبرين (والموجودة في اللوز والعنب والتفاح والمشمش والبرتقال والخوخ والطماطم والخيار والقهوة والشاي والخل) تؤدي إلى النشاط الحركي المفرط ، لذا يجب ألا يحتوي الغذاء على هذه المواد ضمن الأطعمة التي يتناولها، وكذلك يؤكد على أهمية فيتامينات الأوميغا ٣ (3Omega) وزيت السمك وفيتامين (B) والأحماض الأمينية (Amino Acids) والحديد والزنك و عنصر سنابتول (Synaptol) في البرنامج الغذائي للطفل لما لها من فوائد في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتحسين الحالة الانفعالية، وتنشيط خلايا المخ ، وتنشيط المولدات العصبية في خلايا المخ (سيسالم، ٢٠٠٦، ص. ٢٥) .

تعتبر البرامج الغذائية شكلاً من أشكال البرامج العلاجية البديلة للبرامج الدوائية والتي يفضل استخدامها قبل العلاج الطبي ، ولكي تنجح مثل هذه البرامج فإنه لابد من أن توضع من قبل أخصائي تغذية متخصص حتى لا يفقد الطفل أي عنصر من العناصر الهامة له خلال عملية نموه ، مع مراعاة أهمية أخذ الطفل لساعات كافية من النوم ، كما لابد وأن تترافق مع جهود مكثفة من الأهل للحفاظ على بيئة نظيفة وصحية من حول الطفل من خلال عدم التدخين ، وعدم تعريضه للمواد المشعة ، وعدم استخدام مواد كيميائية ضارة ، وخلق بيئة أسرية دافئة ومشجعة للطفل وذلك لمساعدته على الحفاظ على توازنه الانفعالي (سيسالم، ٢٠٠٦ ؛ اليوسفي ، ٢٠٠٦ ؛ Copeland&love,1995) .

ثالثاً: العلاج السلوكي Behavioral Therapy

يرتكز المنحى العلاجي السلوكي على النظرية التي ترى بأن محور اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو شدة تكرار السلوكيات الموجودة لدى الأطفال المصابين بالمقارنة مع الأطفال الطبيعيين، ولحد من هذه السلوكيات واستبدالها بأخرى تكيفية فإنه لابد من استخدام التقنيات المبنية على نظريات التعلم وذلك من خلال ضبط المتغيرات والظروف البيئية ذات العلاقة . (اليوسفي، ٢٠٠٥ ؛ الخطيب ، ٢٠٠٣) . واضعين بعين الاعتبار أن العلاجات الدوائية وإن كانت أثبتت نجاحاتها مع العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلا أنها لم تنجح مع جميع المصابين من ناحية ، كما أنها تعمل على الحد من الأعراض غير التكيفية للاضطراب دون تزويد الطفل بسلوكيات تكيفية أخرى بديله من الناحية الأخرى (Brown,2005).

ويعرف (سيسالم ، ٢٠٠٦) تعديل السلوك على أنه " أسلوب منظم أو مخطط لملاحظة السلوك ثم العمل على تشكيله بطريقة إيجابية " . ويستخدم ضمن إطاره العديد من الأساليب مثل التعاقد ، التصحيح الزائد ، جداول التعزيز ، التعزيز التفاضلي ، تكلفة الاستجابة ، العزل ، النمذجة، المكافآت الرمزية ، التوبيخ ، المراقبة الذاتية ، التشكيل .

يمتاز العلاج السلوكي بهرونته وإمكانية تكيفه مع متطلبات كل حالة ، لذا تكثر طرقه كماً وكيفاً، إلا أن أهم ما يجب مراعاته عند اختيار إستراتيجية العلاج هو مدى ملاءمتها للمعالج من حيث عمره ومرحلته النمائية وطبيعة المشكلة السلوكية من حيث شدتها ومدى تكرارها . (الخطيب، ٢٠٠٣)

وقد لاحظ ميرندا و بريستنشن و سيرانو (Miranda , Presentacion & Soriano ,2002) في دراستهم وجود أدلة تشير إلى انخفاض مستويات السلوك غير الملائم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في البيت والمدرسة عند استخدام إجراءات تعديل السلوك معهم . أما كونت (Conte , 1998) فقد أشار إلى أن بعض الأطفال لا يستجيبون بشكل جيد لإجراءات تعديل السلوك ، وحتى الذين استجابوا فلم يستمر تأثير النتائج الإيجابية على سلوكياتهم لمدة طويلة، لذا فقد اقترح نموذجاً بديلاً يعتمد على استخدام أساليب تعديل السلوك مع العقاقير المنشطة .

عند تصميم الخطة العلاجية السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فإنه لابد من تحديد أنماط السلوك المستهدفة واستراتيجيات العلاج السلوكي التي تلائمها ، حيث أشار (Conte , 1998) إلى أنه عند استخدام أساليب التعزيز فإن فعالية تلك الأساليب تكون أكبر في زيادة معدل السلوكيات الملائمة أو الإيجابية ، أما في حال استخدام أساليب العقاب مثل أسلوب تكلفة الاستجابة فإن فعاليتها تكون أكبر في خفض معدل السلوكيات غير الملائمة .

هذا وتتعدد البرامج السلوكية التي تستخدم للحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، كما وتتنوع التقنيات والأساليب المستخدمة فيها ، وغالباً ما تستهدف الأطفال المصابين في عمر ما قبل المدرسة أو عمر المدرسة وذلك للحد من تفاقم هذه المشكلة وتزايد أعراض الاضطراب في مرحلة المراهقة أو الرشد (اليوسفي ، ٢٠٠٥) . ولقد أشارت الإحصائيات بأن ٧٥% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب إذا تعدوا سن الثامنة ، سيستمرون في المعاناة من المشكلات السلوكية لاحقاً ، لأنه من الصعوبة يمكن الحد من هذه المشكلات السلوكية عندما يدخل الطفل مرحلة المراهقة (Kane, 2006) .

رابعاً: برنامج تدريب الوالدين Parent Training

يعتبر تقبل الوالدين لما يعانيه أطفالهم من اضطرابات في الانتباه واندفاعية وفرط في الحركة من العوامل التي يمكن أن تساعد على التعامل معهم بفعالية وإيجابية ، واضعين بالاعتبار أن مثل هذه السلوكيات قد تؤدي إلى اضطراب علاقة الطفل بوالديه وبخاصة عندما يفتقر الأهل للمعلومات الكافية عن هذا الاضطراب، أو عند نقص الخبرة في التعامل مع الأطفال وبخاصة عندما يكون الطفل المصاب هو الطفل الأول لديهم (سيسام، ٢٠٠١ ؛ سيد أحمد وبدر، ٢٠٠٤ ؛ ADHD : Information Library , 2003) .

وقد أوضحت نتيجة الدراسة التي أجراها بيفينر و ماك بورنيت (Piffner & Mc Burnent ,1997) أن تدريب الوالدين على طريقة التفاعل والتعامل الصحيحة مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يؤدي إلى تعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال وتنمية مهارات التوافق الاجتماعي لديهم ، كما لوحظ قيام الأطفال بتعميم السلوكيات المكتسبة في البيئة المدرسية أيضاً .

وقد أكدت نتائج الدراسة التي أجراها بيني و بيرل و راسل (Penny, Pearl & Russell, 1999) أن مشاركة الوالدين في البرامج التدريبية أدت إلى خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وخفض مستوى الضغوط التي يعاني منها الوالدان ، وازدياد قدرة الوالدين على حل المشكلات ، وازدياد معرفتهم بطبيعة الاضطراب وفهمهم لاحتياجات أطفالهم ، وتحسين تفاعلهم معهم ، هذا بالإضافة إلى ازدياد معدل استجابة هؤلاء الأطفال لآبائهم ، وانخفاض مستوى العناد لديهم .

بناءً على ما سبق فقد تم تطوير العديد من برامج تدريب الوالدين ولعل من أهمها : برنامج كونر (Conner Program) الذي يحتوي على (١٤) جلسة تدريبية جماعية تقدم خلالها معلومات تثقيفية حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وتعطى خلالها واجبات تطبيقية لأولياء الأمور ..و برنامج فورهند ومكماهون (Forehand & McMahon) الموجه لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢ - ٨) سنوات ، ويستند على نظرية التعلم الاجتماعي حيث يتم تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك المشكل بهدف تعديله إلى سلوك مقبول اجتماعياً . ويستخدم البرنامج تقنيات مثل لعب الدور ، التعلم بالنمذجة ، والتغذية الراجعة وغيرها ، ويتيح البرنامج للوالدين فرصة ممارسة التقنيات المتعلمة مع طفلهم تحت مراقبة المعالج . أما برنامج باركلي (Barkley Program) فيهدف إلى تدريب الوالدين على التعامل مع المشكلات السلوكية لأطفالهم الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، ويتكون البرنامج من خمس خطوات أساسية يتم خلالها إعطاء معلومات للأهل عن طبيعة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ومن ثم حصر المشكلات السلوكية لدى الطفل ومن ثم تدريب الوالدين على طريقة التفاعل مع السلوك المشكل باستخدام تقنيات تعديل السلوك المبنية على التعزيز والعقاب . ومن ثم يتم تدريبهم على كيفية مساعدة الطفل لتعميم ما يتعلمه داخل البيئة المنزلية إلى خارجها وخاصةً في الأماكن العامة المفتوحة وأماكن اللعب (سيد أحمد وبدر ، ٢٠٠٤) .

خامساً : النموذج العلاجي المتعدد Multimodal Treatment

تتجه الجهود البحثية الحديثة نحو النموذج العلاجي المتعدد الأوجه لعلاج أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، والذي يشتمل على دمج أكثر من أسلوب علاجي منفرد ضمن البرنامج العلاجي الواحد ، وقد يضم البرنامج اثنين أو أكثر من الأساليب التالية : العلاج الطبي ، والحماية الغذائية ، وبرامج تعديل السلوك وبرامج تدريب الوالدين وتعديل السلوك والبرامج المعرفية (Rief ,2005 ; NIMH , 2003) .

وأشارت الدراسات أن استخدام النموذج العلاجي المتعدد يعتبر من أنجح الطرق التي تساهم في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، حيث بلغت نسبة نجاح هذا النموذج ما يقارب (٩٠%) من الأطفال المطبق عليهم ممن هم في عمر المدرسة الابتدائية (اليوسفي ، ٢٠٠٥) .

وأكدت الدراسة التي أجريت على (٦٠٠) طفلٍ في المرحلة الابتدائية يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالاعتماد على المنحى العلاجي متعدد الأوجه أن هذا النوع من التدخل العلاجي كان ذا فاعلية أكثر من الاعتماد على منحى علاجي واحد هو العلاج الدوائي (Lilly & Company, 2006) .

تختلف الأساليب العلاجية المستخدمة ضمن إطار البرنامج متعدد الأوجه تبعاً لنوعية المظاهر السلوكية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المستهدفة ، حيث يلجأ الباحثون ضمن هذا الإطار إلى تبني نظرة شمولية لأعراض الاضطراب ومسبباته والطرق العلاجية المتواجدة وذلك بهدف تحقيق أفضل تطور ممكن للطفل عبر الحد من سمات الحركة المفرطة والاندفاعية أو زيادة مدى الانتباه ونوعيته. حيث يسهم العلاج الطبي في الحد من مظاهر ضعف الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركي ، فيما تعمل برامج تعديل السلوك على إكساب الطفل سلوكيات بديلة تكيفية ، وتعمل برامج تعديل السلوك المعرفي على تنمية المهارات الأكاديمية والاجتماعية ، كما تعمل برامج تدريب الوالدين على تدعيم التطورات التي يحققها الطفل في المنزل والمدرسة والبيئة الاجتماعية المحيطة به (Rief,2005 ; NIMH , 2003).

إن اختيار الاستراتيجية العلاجية لابد أن يأخذ بعين الاعتبار الأعراض السلوكية التي يعاني منها الطفل ، وفي الوقت ذاته لابد أن تساهم هذه الاستراتيجيات العلاجية في تنمية ثقة الطفل بنفسه ، وتساعده في تبني مفهوم إيجابي نحو ذاته ، وتنمي إحساسه بالكفاءة الذاتية (Rief, 2005).

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة

قام كونينجهام و بويل (Cunnigham & Boyle, 2002) بدراسة هدفت التعرف على السلوكيات غير التكيفية لديهم والتي تنبئ بإمكانية إصابة الأطفال باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، تكونت العينة من ١٢٩ طفلاً في بريطانيا ، في عمر الرابعة ، وقد بينت النتائج أن اضطراب علاقة الطفل بوالديه في المنزل ، وأقرانه في الحضانة ، وضعف تفاعله الاجتماعي مع المحيطين به ، وسلوكياته العدوانية نحو المحيطين به ، فضلاً عن سلوكيات الاندفاعية وفرط النشاط الحركي ، يمكنها أن تكون مجملها بمثابة مؤشرات تنبئ بإمكانية إصابة الطفل باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

أما دراسة ماثيوس (Matheews, 2001) فقد هدفت للتعرف على أطفال ما قبل المدرسة في الولايات المتحدة الأمريكية ، المعرضين لخطر الإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من خلال أدائهم على بعض الاختبارات النفسية مثل الفهم اللفظي ، والانتباه الانتقائي. وعليه قام الباحث باختيار عينة من (٣٠) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (٣-٤،١١) سنة لتطبيق الاختبارات عليهم ، وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يخطئون كثيراً في استرجاع الأعداد ، وإعادة الجمل ، كما أنهم يعانون من ضعف شديد في القدرة على الفهم الصحيح لما يسرد عليهم ، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على التحكم في الانتباه الانتقائي ، وإبدائهم لضعف شديد في مهارات التأزر العضلي البصري .

وفي الدراسة التي أجراها دويلف (Dewolf .1999) فقد هدف إلى التعرف على سمات الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، على عينة مكونة من (٥٠) طفلاً في ولاية أوكلاهوما في أمريكا ، ممن هم في عمر ما قبل المدرسة ، نصفهم مشخصين طبيياً على أنهم يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وبعد التأكد من التكافؤ بين جميع أفراد العينة من ناحية العمر الزمني ، والجنس ، والمستوى الاجتماعي -الاقتصادي ، طبق الباحث عليهم مقياس ل اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، واختبارين لكل من الأداء السمعي ، والأداء البصري . وقد أوضحت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد أخطأوا كثيراً في اختبار الأداء البصري ، واختبار الأداء السمعي ، واستغرقوا وقتاً أطول في أداء المهام المختلفة ، وكانت قدرتهم على إتباع التعليمات أقل من أقرانهم العاديين ، كما أن أعمالهم كانت تخلو من التنسيق والترتيب ، وكانوا ينتقلون من عمل إلى آخر بعشوائية ، كما أظهروا فرطاً في النشاط الحركي ، وخروج مستمر عن المهمات المطلوبة منهم دون سبب واضح ، بالإضافة إلى كونهم أكثر تهوراً وعناداً واندفاعية ، الأمر الذي كان يعرضهم للارتطام المستمر بالأشياء الصلبة المحيطة بهم .

ضمن الإطار ذاته أجرى بايرين وباودين وبيتي وديولف (Byrne ,Bawden, Beattie, &DeWolfe, 2003) دراسة للتعرف على العلاقة القائمة بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والتعرض الجسدي للمخاطر لدى أطفال ما قبل المدرسة ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، على عينة تكونت من (١٠٠) فرد من المصابين بهذا الاضطراب ، فقد أوضحت النتائج أن أعراض الاندفاعية والتهور لدى هؤلاء الأطفال جعلت أكثر من (٨٥%) منهم يقومون بسلوكيات تعرضهم للإصابات الجسدية الشديدة التي تتطلب العلاج الطبي في قسم الطوارئ بالمستشفيات أحياناً .

الدراسة التي أجراها لوجران (Loighran,1998) للتأكد من إمكانية ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة ، تكونت العينة من (٦٠) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات مشخصين بشكل مبدئي بإصابتهم باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، قام بتطبيق ثلاثة مقاييس تشخيصية خاصة بهذا الاضطراب عليهم وهي: مقياس تقدير المعلم للنشاط الزائد، وبروفيل الانتباه للطفل ، ومقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل . وقد أكدت النتائج وجود اتفاق بين المقاييس المستخدمة على توفر المحكات التشخيصية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى هؤلاء الأطفال ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هذا الاضطراب ينتشر بنسبة ٣-٥ بين الذكور والإناث ضمن عينة الدراسة .

وستقوم الباحثة خلال هذه الدراسة باستقصاء أثر استخدام العلاج السلوكي عبر برنامج فردي لتعديل السلوك ، وأثر إشراك الوالدين في برنامج تدريبي مخصص لهم مع تقديم برنامج فردي لتعديل السلوك في الوقت ذاته لطفلهم كشكل من أشكال العلاج متعدد الأوجه . علماً بأن الباحثة لم تستطع إدخال العلاج الدوائي كمتغير للدراسة نظراً لوجود محاذير طبية لاستخدام العقاقير المنشطة على الأطفال دون سن السادسة ، كما يصعب توظيف تقنيات تعديل السلوك المعرفي على الرغم من إثباتها لنجاحات عدة في برامج تعديل السلوك نظراً لصغر عمر أفراد عينة الدراسة .

ثانياً : الدراسات السابقة

تعددت الدراسات التي تناولت مدى فعالية الأساليب العلاجية المتنوعة مثل العلاج الطبي، والعلاج السلوكي ، والغذائي ، والمعرفي ، بالإضافة إلى المنحى التكاملي متعدد الأوجه في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، إلا أنه من الملاحظ وجود محدودية في الدراسات التي استهدفت الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم لجوء أسرهم للعيادات المتخصصة لتشخيص حالاتهم ، نظراً لاعتقادهم أن الأعراض الظاهرة على أطفالهم ستختفي أو تنخفض عند دخولهم المدرسة (سيد أحمد وبدر، ٢٠٠٤). لذا ستعتمد الباحثة إلى استعراض مجموعة من الدراسات التي استخدمت بعض الأساليب العلاجية السلوكية أو التكاملية متعددة الأوجه حتى لو اختلفت فئتها العمرية عن تلك المستهدفة في الدراسة الحالية لبيان أثر الأسلوب العلاجي بحد ذاته.

• دراسات حول استخدام العلاج السلوكي

أجرت كَشك ٢٠٠٢ دراسة لتحديد مدى فعالية برنامج إرشادي سلوكي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة ، في جمهورية مصر العربية ، تكونت العينة من (١٤) طفلاً في المستوى الثاني من الروضة يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تراوحت أعمارهم بين (٥ سنوات - ٥,١١ سنوات) ، حيث قامت بتطبيق برنامج تدريبي على الأطفال، وأشارت النتائج إلى انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية.

أما في الدراسة التي أجراها (الموافي ، ١٩٩٥) فقد هدفت إلى تحديد مدى فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، على عينة من (٦٦) طفلاً ، في جمهورية مصر العربية ، في مرحلة ما قبل المدرسة يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقد حيث قام بتقسيم العينة إلى (٣) مجموعات : الأولى والثانية مجموعتين تجريبية ، والثالثة المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي معالجة . وقد أوضحت النتائج انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المجموعتين الأولى والثانية ، بالإضافة إلى ازدياد قدرة هؤلاء الأطفال على ضبط الذات. وقد أجرى دافيز وويت (Davies & Witte, 2006) دراسة هدفت إلى تحديد مدى فعالية استخدام بعض الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، داخل الحجر الصفي ، وقد تكونت عينة الدراسة من أحد صفوف الأول الابتدائي في الولايات المتحدة الأمريكية الذي كان يضم أربعة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وبعد تطبيق البرنامج التدريبي ، أوضحت النتائج وجود فعالية يمكن ملاحظتها بشكل مباشر لاستخدام الأساليب السلوكية في الحد من السلوكيات غير الملائمة لدى الأطفال الأربعة المستهدفين في الدراسة، هذا بالإضافة إلى ظهور العديد من السلوكيات الإيجابية لدى باقي الأطفال في الصف وبخاصة تلك المتعلقة بروح التعاون والمشاركة الإيجابية ، و قيامهم بتذكير بعضهم بعضاً بالمعززات التي سيحصلون عليها من جراء الانتظام .

قام سبرنجر (Springer, 2004) بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامجين تدريبيين أحدهما موجه للأطفال ، والآخر موجه للآباء ، على عينة تكونت من (٥١) طفلاً يعانون من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (٤ - ٨,٥) سنة، وقام بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين الأولى خضع فيها الأطفال وحدهم لبرنامج تدريبي سلوكي، أما المجموعة الثانية فقد خضع فيها الأطفال وآبائهم لبرنامج تدريبي . وقد أظهرت النتائج وجود تحسن

ملحوظ في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وزيادة التواصل الاجتماعي وزيادة مستوى الكفاية الذاتية لدى جميع الأطفال المشاركين في الدراسة، هذا بالإضافة إلى انخفاض مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها الوالدان بالنسبة للآباء والأمهات الذين شاركوا ضمن مجموعة الدراسة الثانية .

أما الدراسة التي أجراها بندر و دكسون و تشيزي (Binder, Dixon, Ghezzi, 2000) بهدف تعليم الأطفال أسلوب الضبط الذاتي من خلال التعزيز ، وقد قاموا بتطبيق هذا الأسلوب على (٣) من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، في الولايات المتحدة الأمريكية،الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه . وقد كان الطفل الأول ذكراً عمره (٣) سنوات لا يتناول أي عقاقير طبية، أما الثانية فطفلة تبلغ من العمر (٤) سنوات ولا تتناول عقاقير طبية ، أما الطفل الثالث فقد كان عمره (٥) سنوات يتناول عقار الريتالين . وقد خلصت الدراسة إلى وجود فعالية لأسلوب التعزيز على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، كما أوضحت النتائج أن الأطفال الثلاثة عندما كانوا يعطون الخيار بين كمية التعزيز القليل الفوري وكمية التعزيز الكبيرة المتأخرة كانوا يختارون القليل الفوري ، أما بعد تطور قدرتهم على الضبط الذاتي أصبحوا يختارون كمية التعزيز الكبيرة المتأخرة ، علماً بأن الدراسة لم تبين أثراً لتناول العقاقير الطبية .

وفي الدراسة التي أجراها كارلسن و مان و ألكسندر (Carlson, Mann, Alexander, 2000) فقد هدفت إلى المقارنة بين فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة على أداء ودافعية ، تكونت العينة من (٤٠) طفلاً مصاباً باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، في الولايات المتحدة الأمريكية، تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٢) سنة ، وكان هناك (٤٠) آخرون يمثلون المجموعة الضابطة ، هذا وقد عمل الباحثون على التغلب على عامل تناول الدواء لدى بعض أفراد الدراسة عن طريق وضع (١٨) ساعة انقطاع عن تناول الدواء قبل كل اختبار ، وقد أوضحت النتائج بأن أسلوب تكلفة الاستجابة كان أكثر فاعلية من أسلوب المكافأة في تحسين أداء الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وزيادة مستوى الدافعية لديهم ، أما أسلوب المكافأة فكان تأثيره أكبر نسبياً فيما يختص بالتقرير الذاتي للدافعية .

كما قام سالنتو (Salanto, 1990) بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، على مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين (٥ - ١٠) سنوات، يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد أوضحت النتائج فعالية الأسلوبين المستخدمين في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، كما بينت النتائج أنه لا يوجد فروق جوهرية بين التعزيز وتكلفة الاستجابة في مدى الفعالية على الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

الدراسة التي أجراها كاتوباديا و جوش (Ghosh & Chattopadhyay,1993) استخدمتا برنامجاً لتعديل السلوك مكون من أربع تقنيات علاجية سلوكية (التعزيز الإيجابي ، برنامج التعلم ، مبادئ برميك ، تكلفة الاستجابة) بهدف الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى (١٥) طفلاً يعانون منه تتراوح أعمارهم بين (٦ - ٧) سنوات . وقد أظهرت النتائج انخفاضاً واضحاً في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل (عدم الطاعة ، عدم التعاون) بالإضافة إلى انخفاض حدة فرط الحركة لديهم ، كما أوضحت النتائج تحسن الأداء الأكاديمي لدى هؤلاء الأطفال .

أما دراسة الحالة التي أجراها باركلي (Barkely, 1991) بهدف تحديد مدى فعالية استخدام أسلوب التعزيز في الحد من سلوكياته على طفل ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عمره (٩) سنوات، بعد تطبيق البرنامج التدريبي، أوضحت النتيجة أن الطفل تمكن من كف سلوكياته وإتباع التعليمات ، كما ازدادت الفترة الزمنية التي أصبح يجلسها بهدوء ، وقد أوضح معلم الطفل أنه أصبح أكثر هدوءاً من ذي قبل وقد تحسن مستواه في القراءة واستطاع تكوين صداقات داخل الفصل .

• دراسات حول برامج تدريب الوالدين

قامت عبد الوهاب (٢٠٠٧) بدراسة للتعرف على أثر برنامج للإرشاد الجمعي لأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، تكونت من عينة الدراسة من ٢٢ أمماً من أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، في دولة الكويت ، وبعد تطبيق بطاقة ملاحظة أعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لدى الأطفال من قبل الأمهات ، أوضحت النتائج وجود تغير في معاملة الأمهات لأطفالهن الأمر الذي أدى بدوره إلى انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفالهن .

أجرى الميدا (Almeida,1998) دراسته على عينة تكونت من (١٢٠) أسرة طفل مصاب بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، قام بإخضاعهم لبرنامج تدريبي لمدة سبعة أسابيع تقريباً ، وقد ضم البرنامج مهارات مثل حل المشكلات، وعمليات الاتصال الجيد، وبناء المهارات الاجتماعية وغيرها . وقد أوضحت نتائج القياس البعدي وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يختص بمستوى الضغوط النفسية للوالدين ، ودرجة التفاعل بين الطفل والديه ، هذا بالإضافة إلى انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال خارج المنزل وتطور مهاراتهم الاجتماعية .

أما الدراسة التي أجراها أناستوبو وشيلتون ودوبول وجيفرمونت (Anastopoulos ,Shelton ,DuPaul , 1993) فقد قاموا بتطبيق دراستهم على (٣٤) أسرة طفل مصاب بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث عملوا على توزيعهم إلى مجموعتين أحدهما تجريبية تلقى أفرادها برنامج تدريب والدي، والأخرى ضابطة لم تتعرض لأية تدريب . وقد أظهرت النتائج انخفاض مستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه الوالدان وازدياد معدل احترام الذات ضمن أفراد المجموعة التجريبية ، هذا بالإضافة إلى ورود تقارير من الآباء والمدرسين عن ظهور انخفاض واضح في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال الذين كان آباؤهم ضمن المجموعة التجريبية .

الدراسة التي أجراها جونسون (Johnson , 1994) هدفت لتحديد مدى تأثير البرامج الأسرية في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وعليه فقد قام بانتقاء عينة من (١٤) طفلاً مصاباً باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، في الولايات المتحدة الأمريكية، (٩) أولاد و(٥) بنات، تراوحت أعمارهم بين (٣-١٢) سنة ، (١٠) منهم خاضعون للعلاج بالأدوية. قام بتعريض آبائهم و أمهاتهم لبرنامج للتدريب الأسري على شكل لقاءات أسبوعية مدة كل منها تسعون دقيقة على مدى سبعة أسابيع ، وكان يتم خلال هذه اللقاءات تدريب عينة الدراسة على كيفية استخدام التكنيكات السلوكية لإدارة سلوكيات أطفالهم ، وقد أظهرت النتائج ظهور تحسن واضح في مهارات التعامل الوالدي بين الآباء والأمهات المشاركين في الدراسة وبين أطفالهم المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المنزل، واكتساب هؤلاء الأطفال لمجموعة من السلوكيات المرغوبة وممارستها في المنزل دون تعميمها بشكل تام في المدرسة .

كما قام باير (Beyer, 1995) بتدريب والدي (٣١) طفلاً يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، باستخدام برنامج باركلي للتدريب الأسري، وقد تم تقسيم عينة الدراسة على مجموعتين إحداهما تجريبية تم تطبيق البرنامج على أفرادها ، والأخرى مجموعة ضابطة . وقد أوضحت النتائج حدوث تغير في سلوك الوالدين اللذين تلقوا التدريب ارتبط بانخفاض في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال هؤلاء الآباء ، هذا بالإضافة إلى انخفاض حدة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى هؤلاء الأطفال في المدرسة أيضاً .

• دراسات حول المنحى العلاجي متعدد الأوجه

قام بلهام (Pelham , 2005) بأجراء دراسة للتعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه ، على مجموعة من الأطفال الأمريكيين المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، بلغ عددهم (٢٧) طفلاً ، تراوحت أعمارهم بين (٤-١٠) سنوات . تم توزيعهم بشكل عشوائي على ثلاث مجموعات تجريبية، المجموعة الأولى تمت معالجتها بعقار الريفالين ، و المجموعة الثانية فقد أخضعت لبرنامج مكثف لتعديل السلوك قام بتطويره بلهام (Pelham)، أما المجموعة الثالثة فقد تم إخضاعهم لبرنامج تعديل السلوك بالإضافة إلى العلاج الدوائي بعقار الريفالين . أظهرت النتائج أن التطور السلوكي والأدائي الذي حصل لدى المجموعة الأولى التي خضعت للعلاج الدوائي ، والمجموعة الثانية التي تعرضت للعلاج السلوكي هو تطور متكافئ . أما المجموعة الثالثة التي أخضعت للعلاج السلوكي والدوائي في الوقت ذاته فقد احتاج أفرادها إلى جرعة من الدواء أقل بمعدل ٦٧ % من تلك التي يتناولها أفراد المجموعة الأولى لتحقيق النتائج ذاتها لدى أفراد كلتا المجموعتين .

كما أجرى هال (Hall, 2003) دراسة بهدف التعرف على فاعلية برنامج سلوكي في التدخل المبكر للحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على (٢٩) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٤ - ٥) سنوات ، كان منهم (٢١) ذكراً و (٨) إناث ، وقد قام بتوزيع عينة الدراسة على ثلاث مجموعات تجريبية ، الأولى مجموعة تدريب الأطفال وعددهم (١٠) ، والثانية مجموعة تدريب الوالدين والأطفال وعددهم (٩) ، وأخيراً مجموعة تدريب الوالدين والأطفال والإرشاد المدرسي والمنزلي والسلوكي وعددهم (١٠) ، وقد أظهرت النتائج من خلال مقارنة القياس القبلي والبعدي للمجموعات الثلاث ، وجود تحسن ملحوظ في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وتحسن في مستوى المهارات الاجتماعية لدى جميع الأطفال

المشاركين . أما بالنسبة للوالدين فقد لوحظ انخفاض مستويات الضغط النفسي لدى الآباء المشاركين بالدراسة وازدياد مستوى كفايتهم في التعامل مع أطفالهم .

هذا وقد أشارت الدراسة الإحصائية التي نشرها المعهد الوطني للصحة (National Institute of Health, 2000) في بيانه لمؤتمر تشخيص وعلاج اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى وجود فعالية واضحة للعلاج الأسري والعلاج السلوكي في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وأن تقنيات العلاج السلوكي أكثر استخداماً من تقنيات العلاج الأسري . وأن العلاج المتعدد الأوجه الذي يشمل العلاج النفسي وبرامج تعديل السلوك والعلاج الطبي يمتاز ببعض المزايا الإضافية المحدودة بالمقارنة مع استخدام برامج العلاج الطبي بشكل منفرد .

وفي الدراسة التي أجراها اجباليه و كرينيلا وهنت و سوانسون (Eghbalieh, Crinella, Hunet & Swanson, 2000) للتعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، على عينة من (٥٣) طفلاً مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (٦ - ٧) سنوات، عملوا على توزيعهم على ثلاث مجموعات ، المجموعة الأولى تلقت علاجاً دوائياً ، والثانية تلقت علاجاً دوائياً وسلوكياً متتابعاً ، أما المجموعة الثالثة فهي المجموعة الضابطة التي لم تتلق أية معالجة ، وقد أوضحت النتائج تحسناً في أداء المجموعتين التجريبيتين بالمقارنة مع المجموعة الضابطة ، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبيتين في معدلات الإنجاز بشكل عام .

أما الدراسة التي أجراها المعهد القومي للصحة النفسية (National Institute of Mental Health , 1999) والتي تعتبر من أكبر الدراسات العلمية ضمن إطار البرامج العلاجية متعددة الأوجه ، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٥٧٩) طفلاً ، في الولايات المتحدة الأمريكية ، يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (٧ - ٩,٩) سنة ، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، الأولى خضعت إلى برنامج علاجي طبي ، والثانية خضعت إلى برنامج علاجي سلوكي يحتوي على شقين أحدهما موجه للطفل والآخر تدريب للوالدين وتعديل البيئة المدرسية ، أما الثالثة فقد خضعت إلى تطبيق كلا البرنامجين معاً ، والمجموعة الرابعة هي المجموعة الضابطة التي لم تتلق أية معالجة . وقد استمرت مدة تطبيق البرنامج (١٤) شهراً تقريباً، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

١. وجود فعالية لاستخدام العلاج الطبي وبخاصة عند استخدام عقار الريتالين .
 ٢. وجود فعالية للعلاج السلوكي في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
 ٣. أن العلاج المتداخل أي الطبي والسلوكي كان أفضل في علاج كثير من المشكلات الانفعالية مثل الغضب ، وتنمية المهارات الاجتماعية ، وتحسين الأداء الأكاديمي ، وتطوير العلاقة بين الطفل والديه ، وأن هذا النوع من العلاج كان أكثر فعالية بدرجة بسيطة من العلاج الطبي المنفرد ، والعلاج السلوكي المنفرد . هذا وقد تمكن البرنامج متعدد الأوجه من خفض ما نسبته (٩٠%) من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال المدارس الابتدائية .
- أما بويل و كنيغهام و كيم و سكاشر (Boyle , Cunninggham , Kim & Schacher ,1999) فقد قاموا بمراجعة مجموعة من الدراسات الواردة في بعض الدوريات العلمية مثل ميدلاين MEDLINE ، و هيلث ستار HEALTH STARE ، وسايكو انفو PSYC INFO، المنشورة منذ عام ١٩٦٦ ولغاية نوفمبر ١٩٩٧ ، والمتعلقة بالأساليب العلاجية المستخدمة للحد من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقد وجدت النتائج أن :

١. أن (٢٣) دراسة قارنت بين المركبات الدوائية المنشطة ومضادات الاكتئاب وقد أظهرت نتائجها وجود فروق طفيفة في التباين في التأثير العلاجي بين هذه المركبات .
٢. أن (٦) دراسات قارنت بين العلاجات الدوائية والعلاجات غير الدوائية وأشارت إلى أن بعض العقاقير المنشطة قد تكون أحياناً ذات فعالية أكثر من العلاجات غير الدوائية .
٣. أنه على الرغم من محدودية الدراسات التي قارنت بين العلاج متعدد الأوجه وبين العلاج الدوائي منفرداً أو شكل من أشكال العلاج غير الدوائي المنفرد إلا أن معظم الدراسات الحديثة في هذا المجال وجدت أن العلاج متعدد الأوجه له مميزات إضافية بالمقارنة مع العلاج المنفرد .
٤. إن الاستخدام المطول للعقاقير الطبية له آثار جانبية مثل ارتفاع مستوى السمية في الكبد .

أما في الدراسة التي أجراها جنسن و أرملد و ريتشرز (Jensen, Arnold & Richters, 1999) للتعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه ، على عينة تكونت من (٥٧٩) طفلاً في الولايات المتحدة الأمريكية ، يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتراوح أعمارهم بين (٧ - ٩.٩) سنة ، تم تقسيمهم إلى (٤) مجموعات، المجموعة الأولى عولجت بالأدوية ، والمجموعة الثانية تلقت علاجاً دوائياً وعلاجاً سلوكياً، أما المجموعة الثالثة فقد تلقت علاجاً سلوكياً فقط ، والمجموعة الرابعة هي المجموعة الضابطة التي لم تتلق أية معالجة . وقد أظهرت النتائج بعد (١٤) شهراً من المتابعة أن هناك انخفاضاً في أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المجموعات التجريبية الثلاث ، إلا أن مستوى انخفاض السلوكيات للمجموعات التي تلقت علاجاً مشتركاً (دوائي وسلوكي) كان أعلى من معدل انخفاض سلوك المجموعة السلوكية فقط أو الدوائية فقط .

وقد قام هورن و الونجو و جرينبرغ و باكارد و وينبري (Horn, Ialongo, Greenberg, Packard & Winberry, 1990) بدراسة للتعرف على فاعلية العلاج متعدد الأوجه ، على عينة تكونت من (٤٢) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ولا يتناولون أي عقاقير طبية ، تتراوح أعمارهم بين (٦ - ١١) سنة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تلقت برنامجاً تدريبياً سلوكياً ، أما المجموعة الثانية فقد تلقت برنامجاً علاجياً سلوكياً ينفذ من قبل الوالدين ، والمجموعة الثالثة تلقت كلا البرنامجين معاً ، وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الوالدين لسلوكيات أطفالهم قبل وبعد تنفيذ البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي في جميع المجموعات التدريبية، كذلك أوضحت النتائج أن التغيير الذي حدث لدى أفراد المجموعة الثالثة كان أكبر وبفرق دال إحصائياً عما حدث في المجموعتين الأولى والثانية ولصالح المجموعة الثالثة.

هذا وقد أكدت المراجعة التي أجراها ستيج و كويرز (Stage & Quiroz , 1997) لنتائج (٩٩) دراسة استخدمت أساليب العلاج السلوكي ، وتعديل السلوك المعرفي ، والإرشاد الفردي ، وتدريب الوالدين ، والنموذج المتعدد للحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال المدرسة الابتدائية ، وقد أشارت نتائج المراجعة الكلية أن (٧٨%) من الطلاب الذين تلقوا العلاج انخفض لديهم السلوك العشوائي مقارنةً بالطلاب الذين لم يتلقوا أية برامج علاجية ، وهذا يؤكد على أهمية وفعالية استخدام الأساليب السابقة في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الأوضاع المدرسية العادية .

تعقيب على الدراسات السابقة :

بعد استعراض مجموعة من الدراسات السابقة ذات العلاقة بالأساليب العلاجية الهادفة للحد من أعراض اضطراب فرط

الحركة وتشتت الانتباه يتضح :

- وجود فاعلية علاجية لبرامج تعديل السلوك في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال ، وبغض

النظر عن نوعية الفنية السلوكية المستخدمة ، وفقاً لنتائج : دراسة كشك (٢٠٠٢) ، ودراسة (الموافي ، ١٩٩٥) ، ودراسة دافيز

وويت (Davies & Witte, 2006)، ودراسة سبرنجر (Springer, 2004) ، ودراسة بندر و دكسون و تشيزي (

Binder, Dixon, Ghezzi, 2000)، ودراسة كارلسن و مان و ألكسندر (Carlson, Mann, Alexander, 2000)، ودراسة

سالنتو (Salanto, 1995)، ودراسة كاتوباديا و جوش (Chattopadhyay & Ghosh , 1993) ، ودراسة الحالة التي

أجراها باركلي (Barkely, 1991) .

- وجود فاعلية علاجية لبرامج تدريب الوالدين في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال وفقاً

لنتائج : دراسة (عبد الوهاب ، ٢٠٠٧) ، ودراسة الميدا (Almeida,1998) ، ودراسة أناستوبو وشيلتون ودوبول وجيفرمونت

(Anastopoux, Shelton ,DuPaul , Guevremont ,1998) ، ودراسة فرانكير (Franker,1997) ، ودراسة جونسون

(Johnson , 1994)، ودراسة باير (Beyer, 1994) .

- أكدت مجموعة من الدراسات وجود فاعلية لاستخدام المنحى العلاجي متعدد الأوجه في الحد من أعراض اضطراب فرط

الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال، أعلى من الفاعلية العلاجية لاستخدام منحى علاجي واحد كالنتائج التي خلصت إليها :

دراسة بلهام (Pelham , 2005) ، ودراسة كلاسن وميللر و راين ووي و أولسن (Klassen, Miller, Raina, Lee)

(Olesn, 1999) ، ودراسة المعهد القومي للصحة النفسية (National Institute of Mental Health , 1999) ، ودراسة

بويل و كنيغهام و كيم و سكاشر (Boyle , Cunningham , Kim & Schacher ,1999)، ودراسة جنسن و أرملد و ريتشرز

(Jensen, Arnold & Richters,1999) ، ودراسة هورن و الونجو و جرينبرغ و باكارد و وينبري (Horn, Ialongo ,

Greenberg, Packard & Winberry, 1990) ، ودراسة ستيج و كويرز (Stage & Quiroz , 1997) .

وتتناول الدراسة الحالية برنامجاً لتعديل السلوك الفردي تم تطبيقه على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون

من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وبرنامجاً فردياً لإرشاد وتدريب الوالدين تم تطبيقه على والدي هؤلاء الأطفال

بشكل متزامن مع برنامج تعديل السلوك الفردي، ويعتبر تبني الباحثة للمنحى العلاجي المتعدد الأوجه هو ما يميز الدراسة

عن بعض الدراسات العربية التي أجريت في هذا المجال ، علماً بأن نتائج الدراسات الأجنبية التي استعرضت سابقاً حول

استخدام المنحى العلاجي متعدد الأوجه أكدت فاعليته في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لأفراد الدراسة ، وللأدوات المستخدمة فيها ، كما يتضمن وصفاً لخطوات إعداد البرامج التدريبية ، بالإضافة إلى تصميم الدراسة وإجراءات تطبيق البرامج على الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والديهم .

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غير المصحوب بأية اضطرابات أخرى ، والمسجلين في كل من مركز التواصل الشامل ، وجمعية الخطوة لخدمة ذوي الاحتياجات الخاصة ، والمقيمين في مدينة الرياض ، وبالبالغ عددهم (٦٩) طفلاً ، علماً بأن هؤلاء الأطفال لا يتلقون أية برامج أو خدمات تدريبية في المرحلة الحالية .

أفراد الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (٤٥) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه غير المصحوب بأية اضطرابات أخرى ؛ ممن تتراوح أعمارهم بين أربع وست سنوات والقاطنين في مدينة الرياض / المملكة العربية السعودية ، والمشخصين مبدئياً من قبل الأطباء المختصين بالإصابة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وغير خاضعين للمعالجة الدوائية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه . تم اختيار أفراد الدراسة من مجتمع الدراسة بناءً على توافر شروط عينة الدراسة لديهم من ناحية ، وموافقة ذويهم للانضمام للدراسة من الناحية الأخرى، وبعد أن تم التأكد من انطباق المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR,2000) عليهم ، تم توزيعهم بشكل عشوائي عن طريق القرعة على مجموعات الدراسة على النحو التالي :

المجموعة التجريبية الأولى : تكونت هذه المجموعة من (١٥) طفلاً تم تعريضهم لبرنامج فردي مكثف لتعديل السلوك
المجموعة التجريبية الثانية : تكونت هذه المجموعة من (١٥) طفلاً بالإضافة إلى آبائهم وأمهاتهم ، تم تعريض الأطفال لبرنامج فردي مكثف لتعديل السلوك ، وفي الوقت ذاته تلقى الأم والأب برنامج إرشاد وتدريب أسري بشكل متوازٍ.
أما المجموعة الثالثة : وهي المجموعة الضابطة وتكونت من (١٥) طفلاً والديهم ولم يتم تعريض أي منهم لأي نوع من التدريبات .

يوضح الجدول (١) وصف لتوزيع أفراد الدراسة وفقاً لمتغير العمر ، علماً بأن المدى العمري لعينة الدراسة تراوح

بين ٤-٦ سنوات :

الجدول (١)

توزيع أفراد الدراسة حسب العمر

العمر	النسبة
من ٤ - ٥ سنوات	٦٥ %
من ٥ - ٦ سنوات	٤٥ %

أما فيما يختص بتوزيع أفراد الدراسة وفقاً للمؤسسات المنتسبين لها، والتي تمثل مجتمع الدراسة، يوضح الجدول (٢)

أسم المؤسسة ، وعدد أفراد العينة المنتقاة منها ، ونسبتهم من مجمل عينة الدراسة الحالية:

الجدول (٢)

توزيع أفراد الدراسة وفقاً للمؤسسات المنتسبين لها

أسم المؤسسة	العدد	النسبة
جمعية الخطوة لذوي الاحتياجات الخاصة	١٨	٤٠ %
مركز التواصل الشامل	٢٧	٦٠ %

أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة لأغراض هذه الدراسة الأدوات التالية:

١. القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة المنقحة ،^{4th} , Diagnostic and Statistical of Mental Disorders

Text revision .(DSM-IV-TR,2000)ed (ملحق ١) للتأكد من انطباق المحكات التشخيصية على أفراد

الدراسة الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء المختصين .

وقد قامت المليك (٢٠٠٥) بالتحقق من صدق وثبات القائمة على البيئة السعودية وكانت النتائج على النحو

التالي :

أولاً / الصدق : تم حساب معاملات الارتباط بين بنود القائمة والدرجة الكلية للقائمة بطريقة الاتساق الداخلي وقد

تراوحت معاملات الارتباط عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين (٠.٧٠-٠.٩٢) لجميع البنود .

كما تم حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية باستخدام اختبارات دلالة الفروق بين المتوسطات ، وقد

تراوحت قيم "ت" بين (٧.٢٦-) و (٢٥.٣٤-) وهي قيم دالة إحصائياً على مستوى دلالة (٠.٠١) .

ثانياً / الثبات : بلغت قيمة معامل الثبات المستخرجة باستخدام معادلة سبيرمان - براون (٠.٩٦) . أما معامل ثبات

كرونباخ ألفا فقد بلغت قيمته (٠.٩٨) .

تتكون القائمة من (١٨) بنداً موزعة على ثلاثة محكات أساسية وهي محك ضعف الانتباه ويحتوي على تسع فقرات ، ومحك فرط الحركة ويحتوي على ست فقرات ، ومحك الاندفاعية ويحتوي على ثلاث فقرات ، وتطبق القائمة على الطفل بالتعاون مع والديه بشكل فردي. يتم تصحيح القائمة بإعطاء أربعة أوزان لبند القائمة ، حيث تعطى الإجابة تنطبق دائماً (ثلاث درجات) ، والإجابة تنطبق كثيراً (درجتين) ، والإجابة تنطبق أحياناً (درجة واحدة)، أما الإجابة لا تنطبق أبداً فتعطى (صفرًا) . وعليه فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها الطفل هي (٥٤) وأدنى درجة (صفرًا) .

٢. قائمة تقدير سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين): تهدف القائمة التي أعدها الباحثة إلى قياس أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المركب ، والذي تتمثل أعراضه بفرط الحركة ، وتشتت الانتباه ، والاندفاع، لدى طفل ما قبل المدرسة الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وتتألف القائمة من (٣٥ عبارة) موزعة على النحو التالي: بعد فرط الحركة وينعكس من خلال (١٢ عبارة)، وبعد تشتت الانتباه وينعكس من خلال (١٧ عبارة) . وبعد الاندفاعية وينعكس من خلال (٦ عبارات) . وتتدرج الاستجابة على فقرات المقياس إلى أربعة مستويات وهي : دائماً وتأخذ ثلاث درجات ، وأحياناً تأخذ درجتين ، ونادراً تأخذ درجة واحدة. وأبداً وتأخذ صفرًا .

تتراوح الدرجة الكلية للقائمة بين (صفر- ١٠٥) درجة ، ويشير ارتفاع درجة المفحوص على القائمة إلى ارتفاع حدة أعراض هذا الاضطراب لديه ، وتتوزع الدرجات الفرعية للمقياس على النحو التالي :

- بُعد تشتت الانتباه ، وعدد فقراته (١٧) فقرة ، درجته الفرعية تتراوح بين (صفر - ٥١) درجة .
- بُعد فرط الحركة ، وعدد فقراته (١٢) فقرة ، درجته الفرعية تتراوح بين (صفر - ٣٦) درجة .
- بُعد الاندفاع ، وعدد فقراته (٦) فقرات ، درجته الفرعية تتراوح بين (صفر - ١٨) درجة .

وقد تم بناء القائمة بعد الإطلاع على بعض المقاييس العربية ذات العلاقة مثل: الصورة المنزلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (القرعان، ٢٠٠٦) ، بطاقة ملاحظة أعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد (عبد الوهاب، ٢٠٠٧) ، وقائمة كونرز لتقدير سلوكيات الطفل - تقدير الأهل - (السمدوني، ١٩٩١)، الصورة المنزلية لمقياس اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال في عمر المدرسة (الخشرمي وسيد أحمد، ٢٠٠٦) . وقد قامت الباحثة باقتباس عبارات قائمة تقدير سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مما ورد عن هذا الاضطراب في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) ، والمقاييس آنفة الذكر ، بالإضافة إلى الدراسات الحديثة التي فحصت أعراض هذا الاضطراب . (ملحق ٢)

دلالات صدق وثبات القائمة :

الصدق :

لاستخراج صدق المحتوى لقائمة تقدير سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة ، تم عرض الصورة المبدئية للقائمة المكونة من (٣٥) فقرة ، على سبعة محكمين من ذوي الاختصاص في مجال الصحة النفسية ، و الإرشاد النفسي ، والتربية الخاصة ، في كل من جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، والجامعة الأردنية . وذلك لاستطلاع آرائهم بالحكم على مدى ملاءمة وصدق محتوى البنود لما وضعت لأجله ، ومن ثم الأخذ بملاحظات ومقترحات المحكمين ، وبناءً عليه تم إجراء التعديلات اللازمة عليها . (ملحق ٦)

كما وتم استخراج الصدق التلازمي للقائمة من خلال تطبيقها مع قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل (تقدير الوالدين) ، على عينة قصديه تألفت من (٣٠) أمماً وأباً لأطفال يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، من غير أفراد الدراسة ، تتراوح أعمارهم بين ٤-٦ سنوات (١٥ ذكور ، ١٥ إناث) ، تم اختيارهم من المراجعين لعيادات أطباء الأعصاب المنوط بهم تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وقد أوضحت النتائج أن معامل ارتباط بيرسون بين درجات المفحوصين على الأدوات بلغت قيمته (0,89) ، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١) وهي قيمة ملاءمة لأغراض الدراسة الحالية.

الثبات :

تم حساب ثبات القائمة من خلال إعادة تطبيق الأداة على (٣٠) طفلاً يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (٢٤ ذكور ، ٦ إناث) من غير أفراد الدراسة ، تتراوح أعمارهم بين ٤-٦ سنوات، تم اختيارهم من المراجعين لعيادات أطباء الأعصاب المنوط بهم تشخيص اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وبفاصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني ، ثم تم حساب معاملات الثبات لكل بعد من الأبعاد باستخدام معامل ارتباط بيرسون عند مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١) ، وقد بلغت قيمة معامل الثبات للصورة الكلية للمقياس (٠,٨٨١) ، وهي قيمة ملاءمة لأغراض الدراسة الحالية .

جدول (٣)

معاملات الثبات لأبعاد قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين

(

الأبعاد	معامل الثبات
تشتت الانتباه	٠,٨٧٥
فرط الحركة	٠,٨٩٦
الاندفاعية	٠,٨٨٣
معامل ثبات الأداة ككل	٠,٨٨١

٣. البرنامج التدريبي الأول (برنامج تعديل السلوك الفردي) :

قامت الباحثة لأغراض هذه الدراسة ببناء برنامج لتعديل السلوكيات المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تم تطبيقه بشكل مباشر على الأطفال المشاركين في الدراسة من قبل الباحثة و الفريق المساعد مستندين إلى النظرية السلوكية وتطبيقاتها العملية ، وذلك من خلال مراجعة الأدب المتعلق بمفهوم تعديل السلوك ، وتشكيل السلوك المرغوب ، والتعزيز والعقاب .(ملحق ٧)

يتكون البرنامج من خمس عشرة جلسة ، كل جلسة مدتها خمسة وأربعون دقيقة ، وقد أستغرق تطبيق البرنامج ثمانية أسابيع .

ولغايات تحكيم البرنامج ومدى ملاءمته للحد من الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لمرحلة ما قبل المدرسة ، فقد تم عرض البرنامج على مجموعة من أساتذة الإرشاد و التربية الخاصة في كل من جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، والجامعة الأردنية ، وبناءاً عليه ، قامت الباحثة بإجراء التعديلات على البرنامج وفقاً لآراء المحكمين . وفيما يلي وصف للبرنامج بصورته النهائية .

الهدف العام من البرنامج :

يهدف برنامج تعديل السلوك الفردي إلى الحد من سلوكيات الأطفال المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وإكسابهم من خلال تكتيكات تشكيل السلوك سلوكيات أكثر ملاءمة و أكثر تماشياً مع ما هو متوقع منهم وفقاً لأعمارهم الزمنية .

الأهداف الخاصة للبرنامج :

- زيادة مدى انتباه الأطفال عبر تقليل المشتتات البيئية المحيطة وتعليمهم عبر اللعب المنظم واستخدام تقنيات التعزيز .
- خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال من خلال توجيه الطفل لضرورة الجلوس على الكرسي للحصول على الألعاب والأدوات واستخدام أسلوبي التعزيز وتكلفة الاستجابة خلال ذلك .
- الحد من اندفاعية الأطفال عبر وضع أنظمة وقوانين واضحة للسلوكيات المسموحة والممنوعة داخل إطار الجلسة التدريبية الفردية .
- رفع مستوى شعور الأطفال بالإنجاز عبر تدريبهم على مهارات ملائمة لهم عمرياً .
- تشجيع الطفل على ممارسة الضبط الذاتي من خلال تقوية شعوره بالإنجاز .
- الحد من السلوكيات غير التكيفية عبر تكتيكات التجاهل وتكلفة الاستجابة .
- تزويد الأطفال بمجموعة من السلوكيات التكيفية البديلة عبر تقنيات تشكيل السلوك .
- تقليل حاجة الأطفال للتعزيز المتواصل والخارجي عبر استخدام جداول التعزيز المتناقص.
- تنمية قدرة الأطفال على التواصل الاجتماعي مع الآخرين لغوياً وسلوكياً .

الإطار النظري للبرنامج :

قامت الباحثة ببناء البرنامج استناداً إلى النظرية السلوكية المرتكزة على نظريات التعلم الكلاسيكية والحديثة للتعامل مع المشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم ، والتأخر الدراسي، وضبط التصرفات الخطأ ، والانحراف الاجتماعي ، وغيرها من معوقات النمو.

ويرتكز البرنامج على كون النظرية السلوكية عموماً وبرامج تعديل السلوك تحديداً تهتم بالعمل بشكل مباشر على الأعراض الظاهرة للاضطراب ، وقد أثبتت الدراسات في هذا الإطار أن الحد من الأعراض من خلال العلاج السلوكي لا يؤدي إلى النجاح في إزالة هذه الأعراض فحسب ، بل تمتد النتائج لتشمل حدوث تغييرات إيجابية في الشخصية والسلوك لم تكن هي بحد ذاتها موضوعاً مباشراً للعلاج ، فالنجاح يخلق نجاحاً آخر ، واكتساب الثقة في علاج مشكلة معينة سيؤدي إلى مزيد من الثقة في اكتساب أشكال إيجابية أخرى من السلوك (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣).

هذا وتتفق البحوث العلمية في هذا المجال مع إصدارات المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية و الكثير من الهيئات المهنية العلاجية على أن وسائل العلاج النفسي- السلوكي _وسائل تعديل السلوك _ بالإضافة إلى العلاجات الدوائية تحظى بأساس صلب من الدلائل العلمية التي تثبت فعاليتها معاً في علاج الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين. علماً بأن العلاج السلوكي هو العلاج غير الطبي الوحيد الذي يحظى بأساس علمي موثوق وواسع (مجموعة دعم اضطراب فرط الحركة، ٢٠٠٥).

يعتمد العلاج السلوكي على أربع مراحل أساسية وهي : أولاً عرض السلوك المطلوب تعليمه أو التدريب عليه من قبل المعالج أو وسائل النمذجة . ثانياً : تشجيع الطفل على أداء السلوك المطلوب مع المعالج . ثالثاً : تصحيح السلوك وتوجيه الطفل لجوانب القصور فيه و تدعيم الجوانب الصحيحة منه . رابعاً : إعادة السلوك وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له . وخلال جميع المراحل السابقة يتم الاعتماد بشكل أساسي على تكتيكات التعزيز والعقاب وتشكيل السلوك (Argyle,1986) .

يشتمل العلاج السلوكي للمصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تطبيق تقنيات عديدة مثل التعزيز الإيجابي والسلبي ، والوقت المستقطع ، والإقصاء وغيرها من الأساليب السلوكية التي تتطلب المتابعة الدقيقة أثناء التطبيق ، بالإضافة إلى الاستمرارية والثبات في التطبيق ، مع المتابعة الحثيثة لردة فعل الطفل عند تطبيق الأسلوب عليه (الخطيب ، ٢٠٠٣؛ يحيى، ٢٠٠٠) .

وقد تم مراجعة الدراسات والأبحاث التي استخدمت أساليب تعديل السلوك في الحد من آثار أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال عموماً ولدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة خصوصاً مثل :

- الدراسة التي أجراها دافيز وويت (Davies & Witte, 2006) واستخدام بعض الأساليب السلوكية للحد من السلوكيات غير التكيفية المترافقة مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- الدراسة التي قام بها سبرنجر (Springer, 2004) لدراسة مدى فعالية تعريض الأطفال لبرنامج تدريبي سلوكي معرفي .
- دراسة كاشك ٢٠٠٢ التي استخدمت برنامجاً إرشادياً سلوكياً في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة .
- أما الدراسة التي أجراها بندر و دكسون و تشيزي (Binder, Dixon, Ghezzi, 2000) فقد هدفت إلى تعليم الأطفال أسلوب الضبط الذاتي من خلال التعزيز .
- دراسة (الموافي ، ١٩٩٥) التي استخدم فيها أسلوب التعاقد التبادلي والتدريس الملطف Gentle Teaching لخفض حدة النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى ما قبل المدرسة .
- دراسة سالنتو (Salanto, 1995) التي هدفت إلى التعرف على فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- الدراسة التي أجراها كاتوباديا و جوش (Chattopadhyay & Ghosh , 1993) واستخدما فيها برنامجاً لتعديل السلوك مكوناً من مجموعة من الفنيات العلاجية السلوكية بهدف الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- دراسة كاتوباديا وكاتوباديا (Chattopadhyay & Chattopadhyay,1993) اللذين استخدموا برنامجاً علاجياً سلوكياً معتمداً مجموعة من الفنيات العلاجية السلوكية لمعالجة أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال .
- وأخيراً دراسة الحالة التي أجراها باركلي (Barkely, 1991) لتحديد مدى فعالية استخدام أسلوب المكافأة والتعزيز في الحد من سلوكيات طفل مصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

٤ البرنامج التدريبي الثاني (برنامج الإرشاد والتدريب الأسري) :

قامت الباحثة لأغراض هذه الدراسة ببناء برنامج للإرشاد والتدريب الأسري مساند للبرنامج التدريبي الأول الخاص بتعديل السلوك الفردي ومتماشٍ مع المهارات ذاتها التي تطرح خلال جلساته ، وذلك بهدف خلق منحنى تكاملي في التعامل مع أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه . (ملحق ٨)

تم بناء هذا البرنامج التوجيهي من خلال مراجعة أدب الموضوع المتعلق بالإرشاد والتدريب الأسري ، ومهارات التنشئة الوالدية، والدور الأسري في برامج تعديل السلوك ، وأهمية الأنظمة والقوانين المنزلية ، ومبادئ إدارة السلوك في المنزل ، ودور الاتصال الواضح بين أفراد الأسرة في ضبط السلوك . ويتكون البرنامج من خمس عشرة جلسة ، كل جلسة مدتها خمس وأربعون دقيقة، وتطبق مباشرةً بعد انتهاء جلسة تعديل السلوك الفردي ، التي يقوم الأهل بمتابعتها عبر الزجاج العاكس ، وقد أستغرق تطبيق البرنامج ثمانية أسابيع .

لغايات تحكيم البرنامج والوقوف على مدى ملاءمته للحد من الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لمرحلة ما قبل المدرسة فقد تم عرض البرنامج على مجموعة من أساتذة الإرشاد و التربية الخاصة في كل من جامعة الملك سعود في الرياض ، وجامعة عمان العربية للدراسات العليا والجامعة الأردنية في عمان ، وبناءً عليه قامت الباحثة بإجراء التعديلات على البرنامج وفقاً لآراء المحكمين . وفيما يلي وصف للبرنامج بصورته النهائية .

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج إلى تدريب أمهات وآباء الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على مجموعة من المهارات لإدارة سلوكيات أطفالهم في المنزل بهدف مساندة وتعزيز التغيير الذي يحرزه الطفل خلال الجلسات الفردية لتعديل السلوك .

الأهداف الخاصة للبرنامج :

- تزويد الأسرة بمعلومات أساسية حول طبيعة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من ناحية الأسباب ، وطرق التشخيص ، وطرق العلاج .
- توعية الأسرة حول الدور الذي تلعبه في تعزيز السلوكيات غير المرغوبة لدى أطفالهم .
- تعريف الأسرة بأهمية المشاركة المتكاملة مع المعالج للحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى طفلهم .
- تدريب الأسرة على وضع أو تعديل الأنظمة والقوانين المنزلية الخاصة بهم والتي تسهم بدورها في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- تدريب الأسرة على استخدام تكتيكات تعديل السلوك في إدارة سلوكيات طفلهم .
- تدريب الأسرة على كيفية استخدام مهارات مثل : التعزيز ، والتعزيز التفاضلي ، و تشكيل السلوكيات المرغوبة ، وإجراءات الحد من السلوكيات غير المرغوبة ، وتنمية القدرة على التعبير عن المشاعر للطفل لفظياً وجسدياً ، واليات التواصل الفعال مع الطفل .

- الإطار النظري للبرنامج :

يرتكز البرنامج على الاتجاه السلوكي القائل بوجود ثلاثة أنواع أو أشكال من السلوكيات لا بد من تحديدها لكونها استجابات ملائمة لما يرغب الأهل في التوصل إليه وهي كالتالي : سلوكيات يرغب فيها الأهل ويريدون أن يروها تمارس من قبل طفلهم . وسلوكيات لا يرغب فيها الأهل ولكنهم يستطيعون التعامل معها وتحملها . و سلوكيات لا يرغب بها الأهل ولا يريدون ولا يستطيعون التعامل معها لأنها خطيرة على الطفل والمحيطين به .

ولتشكيل سلوكيات الطفل والمحافظة على الجيد منها فإنه لا بد من : خلق بيئة مشجعة ومدعمة لمفهوم الطفل عن ذاته ، جذب اهتمام الطفل والحفاظ عليه ، تحديد سلوك الطفل ومناقشته بسلوكه غير المقبول ، استخدام التحذير وتجنب التهديد ، العمل والتعاون مع المعالجين والمعلمين بشكل تكاملي ، استخدام تكتيكات التعزيز والحرمان كإجراءات مترتبة على سلوكيات الطفل (Meier,J.1992) .

هذا ويلعب الوالدان كونهما الراعيين الأساسيين للطفل دوراً أساسياً في العلاج السلوكي ، حيث أن رعاية طفل مصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يتطلب الكثير من المشقة والجهد بما يتضمنه ذلك من إجراء تعديلات خاصة في بيئة الطفل المنزلية والاجتماعية ، وإيجاد نظام روتيني حياتي يومي للطفل لمساعدته على التقليل من آثار الاضطراب وإظهار قدراته بمستواها الحقيقي (Jones,1998).

كما أن برامج التدريب الوالدية تعتبر من أكثر البرامج استخداماً وأكثرها فعالية كتدخل علاجي للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (Anastopoulos , Dupaul , & Barkley , 1991) ، وتركز هذه البرامج على إكساب الوالدين مهارات إدارة السلوك في المنزل ، وقد أظهرت العديد من الدراسات والأبحاث أن برامج التدريب الوالدي ذات نتائج إيجابية من ناحية زيادة ثقة الطفل بنفسه ، وتطور التفاعل الوالدي مع الطفل ، وتحسين المهارات الوالدية . هذا وتمتد هذه النتائج من المنزل لتصل إلى ممارسات الطفل في المدرسة ولو بشكل أقل .

وتؤكد الدراسات التي تم استعراضها سابقاً أهمية برامج تدريب الوالدين في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل :

- الدراسة التي أجراها الميدا (Almeida,1998) حيث قام بتدريب والدي أطفال يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على مهارات مثل حل المشكلات ، وعمليات التوصل الجيد، وبناء المهارات الاجتماعية وغيرها.
- أما الدراسة التي أجراها أناستوبو وشيلتون ودوبول وجيفرمونت (Anastopouxe ,Shelton ,DuPaul , Guevremont) 1998 ، فقد عرضوا أسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلى برنامج تدريب والدي سلوكي .
- الدراسة التي أجراها فرانكير (Franker,1997) والتي قام من خلالها بتدريب الوالدين كي يقوموا بتدريب أطفالهم الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- الدراسة التي أجراها جونسون (Johnson , 1994) والتي هدفت لتحديد مدى تأثير البرامج الأسرية في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- أما دراسة باير (Beyer, 1994) فقد استخدمت برنامج باركلي للتدريب الأسري لدراسة مدى فعاليته لوالدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- الدراسة التي أجراها باركلي (Barkley,1993) فقد استهدف فحص العلاقة بين أسلوب المعاملة الوالدية وإصابة الطفل باضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد .

إجراءات تطبيق الدراسة :

- مخاطبة بعض الجهات المتخصصة في دعم وتدريب الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وذويهم في الرياض مثل : جمعية الخطوة لذوي الاحتياجات الخاصة ، ومركز التواصل الشامل ، لتوضيح طبيعة البرامج والهدف منها وأخذ الموافقة المبدئية للتعاون .
- حصر - عدد الحالات المسجلة لديهم من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه والذين تتراوح أعمارهم بين ٤-٦ سنوات ، وذلك بعد الحصول على موافقة الجهات السابقة على التعاون مع الباحثة .
- مناقشة أهداف وآلية تطبيق البرامج التدريبية مع أئنتين من الأخصائيات في مجال تعديل السلوك، لمساعدة الباحثة في عملية التطبيق ، بحيث تقوم كل أخصائية والباحثة في تطبيق مقاييس وبرامج الدراسة على واحدة من مجموعات الدراسة ، وذلك للحد من تأثير النتائج بآراء واعتقادات الباحثة الشخصية .
- مهاتفة أسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه للتأكد من رغبتهم في المشاركة في برامج الدراسة الحالية ، وإعلامهم بالهدف من هذه البرامج والغرض العلمي و وقت البرنامج ومدته ومكان عقده .
- تحديد أفراد عينة الدراسة من الأطفال والأهل ممن عبروا عن رغبتهم في المشاركة ، وأبدوا الرغبة في الالتزام بالمشاركة بالبرامج التدريبية .
- مقابلة أفراد عينة الدراسة من الأطفال وتطبيق القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه للتأكد من انطباق المحكات التشخيصية عليهم .
- توزيع أفراد العينة عشوائياً باستخدام طريقة الأرقام العشوائية إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد ، المجموعة التجريبية الأولى تتألف من ١٥ طفلاً ، المجموعة التجريبية الثانية تتألف من ١٥ طفلاً وذويهم ، أما المجموعة الضابطة فتضم ١٥ طفلاً وذويهم .
- تحديد مواعيد الجلسات التدريبية الفردية للأطفال والجلسات التدريبية الفردية للأهل مع أسر الأطفال وذلك بمعدل جلستين أسبوعياً .
- تنظيم وترتيب المكان المخصص لعقد الجلسات .
- تطبيق قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه (تقدير الوالدين) ، بعد استخراج دلالات صدقها وثباتها في البيئة السعودية ، على جميع أفراد عينة الدراسة (القياس القبلي) .
- تطبيق برنامج تعديل السلوك الفردي على الأطفال في المجموعتين التجريبتين .
- تطبيق برنامج الإرشاد والتدريب الوالدي على والدي الأطفال في المجموعة التجريبية الثانية بشكل فردي لكل أسرة.
- بعد الانتهاء من تطبيق البرامج التدريبية تم إعادة تطبيق قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه (تقدير الوالدين) .
- جمع البيانات وتحليلها واستخراج النتائج لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكل من المجموعتين التجريبتين من ناحية ، والمجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة من الناحية الأخرى على الاختبارات القبلية والبعدي .

قيادة المجموعات :

تم إدارة وتدريب المجموعات من قبل الباحثة واثنتين من الأخصائيات الحاصلات على الدرجة الجامعية الأولى في الإرشاد والتعليم الخاص، بلغت خبرة الأخصائية الأولى في مجال تعديل السلوك أربع سنوات تقريباً، فيما بلغت خبرة الأخصائية الثانية ست سنوات .

قامت الباحثة بتدريب الأخصائيات على البرامج التدريبية الخاصة بالدراسة الحالية عبر خطوتين أساسيتين ، الأولى تركزت في مناقشة محتويات الجلسات التدريبية ، وآلية تطبيق البرامج، ووسائل وأدوات التطبيق . أما الخطوة الثانية فقد هدفت إلى الحد من آثار الهالة الخاصة بكل باحثة عن طريق إعطاء التغذية الراجعة حول الأداء العملي قبل البدء بالتطبيق الفعلي على عينة الدراسة، حيث عملت الباحثة والأخصائيات على مراقبة أداء بعضهن في جلسات فردية لتعديل السلوك عبر الزجاج العاكس ، ومن ثم يتم مناقشة ما دار في الجلسة كي يتم الالتزام بتطبيق خطوات كل نشاط كما ورد في وصف جلسات البرامج .

متغيرات الدراسة :

المتغيرات المستقلة :

أولاً : البرنامج الفردي لتعديل السلوك .

ثانياً : البرنامج الفردي لتعديل السلوك للأطفال مقترناً ببرنامج الإرشاد والتدريب الأسري للوالدين.

المتغير التابع :

الآثار السلوكية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

تصميم الدراسة :

هذه الدراسة دراسة تجريبية ، تهدف إلى اختبار مدى تأثير المتغيرات المستقلة والمتمثلة في البرنامج الفردي لتعديل السلوك ، و البرنامج الفردي لتعديل السلوك للأطفال مقترناً ببرنامج للإرشاد والتدريب الأسري للوالدين على المتغير التابع المتمثل في الآثار السلوكية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

علماً بأن الرمز (R) يمثل عشوائية توزيع أفراد العينة على مجموعات الدراسة ، أما الرمز (A) يمثل المجموعة التجريبية الأولى ، والرمز (B) يمثل المجموعة التجريبية الثانية ، والرمز (C) يمثل المجموعة الضابطة ، أما الرمز (O) فيمثل أدوات القياس والتي هي قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، ومقياس التفاعل الوالدي . والرمز (X1) يمثل المعالجة الأولى المتضمنة تطبيق البرنامج الفردي لتعديل السلوك ، وأخيراً يمثل الرمز (X1+2) المعالجة الثانية المتضمنة تطبيق البرنامج الفردي لتعديل السلوك مقترناً ببرنامج الإرشاد والتدريب الأسري للوالدين .

R A O X1 O

R B O X1+2 O

R C O -- O

المعالجة الإحصائية :

للإجابة عن أسئلة الدراسة ، والتأكد من صحة الفرضيات ، تم استخراج المتوسطات الحسابية لأداء أفراد المجموعتين التجريبتين والمجموعة الضابطة على قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، قبل المعالجات وبعدها ، وقد تم فحص وجود تباين أو تغاير بين متوسطات أداء أفراد مجموعات الدراسة : المجموعة التجريبية الأولى ، والمجموعة التجريبية الثانية ، والمجموعة الضابطة ، بعد تطبيق البرامج التدريبية ، تم استخدام اختبار تحليل التغاير أو التباين (ANCOVA) ، ولتحديد مصدر الفروق سيتم استخدام اختبار شيفيه للكشف عن مصدر تلك الفروق.

الفصل الرابع

النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وبرنامج تدريبي لوالديهم ، وقياس أثر ذلك على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى هؤلاء الأطفال . ولحساب الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية الأولى والثانية ، ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة على الأداء البعدي لأدوات الدراسة ، تم استخدام اختبار تحليل التباين (ANCOVA) ، لدلالة الفروق بين المجموعات.

وسيتناول هذا الفصل الإجابة عن أسئلة الدراسة في ضوء ما تم التوصل إليه من خلال عملية التحقق من فرضيات الدراسة .

النتائج المتعلقة بتكافؤ المجموعات على الاختبار القبلي :

للتحقق من تكافؤ المجموعات قبل البدء بتطبيق البرنامج قامت الباحثة بتطبيق القائمة التشخيصية على المجموعات الثلاث: التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة، ثم قامت باستخدام اختبار تحليل التباين الاحادي لدلالة الفروق بين أكثر من مجموعتين مستقلتين والجدول رقم (٤) يوضح نتيجة الفروق:

الجدول (٤)

اختبار تحليل التباين الاحادي لدلالة الفروق بين المجموعات الثلاثة في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) قبل تطبيق البرنامج (للتحقق من تكافؤ المجموعتين)

التعليق	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دالة	٠,٧٤٧	٠,٢٩٤	٨,٢٦٧	٢	١٦,٥٣٣	بين المجموعات
			٢٨,١٤٩	٤٢	١١٨٢,٢٦٧	داخل المجموعات
				٤٤	١١٩٨,٨٠٠	المجموع

يتضح من الجدول رقم (٤) أن قيمة (ف) غير دالة في أداء المفحوصين في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين) ، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة: التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية ، والمجموعة الضابطة ، وبذلك يتحقق التكافؤ بين المجموعات الثلاثة قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

التحقق من فروض الدراسة:

للتحقق من صحة الفروض تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار اختبار تحليل التباين الاحادي (ANCOVA) لبيان الفروق بين المتوسطات الحسابية حسب نوع المجموعة (التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية ، والمجموعة الضابطة) وكانت النتائج على النحو التالي:

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) في متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي و أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري للوالدين وبين متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لأفراد المجموعة الضابطة تعزى للبرامج التدريبية المطبقة .

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، لبيان الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة في القائمة التشخيصية بعد تطبيق البرنامج التدريبي والجدول رقم (٥) يبين النتائج التي تم التوصل إليها:

الجدول (٥)

اختبار تحليل التباين الاحادي لدلالة الفروق بين المجموعات الثلاثة في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط

الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين)

بعد تطبيق البرنامج

التعليق	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة عند 5مستوى ٠,٠٥	٠,٠٠٠	٨١,٦١٥	٣٢٠٠,٣٥٦	٢	٦٤٠٠,٧١١	بين المجموعات
			٣٩,٢١٣	٤٢	١٦٤٦,٩٣٣	داخل المجموعات
				٤٤	٨٠٤٧,٦٤٤	المجموع

يتضح من الجدول رقم (٥) أن قيمة (ف) دالة عند مستوى ٠,٠٥ ، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة في أداء المفحوصين على قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين)، بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

ولتحديد مصدر الفروق سيتم استخدام اختبار شيفيه للكشف عن مصدر تلك الفروق، ويوضح الجدول رقم (٦) النتائج التي تم التوصل إليها .

الجدول (٦)

اختبار شيفيه لتوضيح مصدر الفروق بين المجموعات الثلاثة في قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين)

المجموعات	المتوسط الحسابي	التجريبية الأولى	التجريبية الثانية	الضابطة	الفرق لصالح
المجموعة التجريبية الأولى	٧١,٠٠		*		التجريبية الأولى
المجموعة التجريبية الثانية	٥٩,٠٠				
المجموعة الضابطة	٨٨,٠٧	*	*		المجموعة الضابطة

* تعني وجود فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من الجدول رقم (٦) وجود فروقاً إحصائية دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠٥، بين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة ، وذلك لصالح المجموعة الضابطة، أي أن المجموعة التجريبية الأولى انخفض لديها فرط الحركة والانتباه بعد تطبيق البرنامج التدريبي. وبذلك نستنتج أن تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل السلوك الفردي يؤدي إلى خفض فرط الحركة والانتباه لدى الأطفال.

كما يتضح من اختبار شيفيه وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ بين المجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة وذلك لصالح المجموعة الضابطة أي أن المجموعة التجريبية الثانية انخفض لديها فرط الحركة والانتباه بعد تطبيق البرنامج التدريبي. وبذلك نستنتج أن تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج تدريب الوالدين يؤدي إلى خفض فرط الحركة والانتباه لدى الأطفال.

ونظراً لوجود فروقات تعزى إلى البرامج التدريبية المطبقة في هذه الدراسة ترفض الفرضية الأولى .

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

٢ . لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات فرط الحركة وتشنت الانتباه والاندفاعية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي و متوسطات فرط الحركة وتشنت الانتباه والاندفاعية لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري للوالدين .

بناءً على البيانات الواردة في الجدول رقم (٦) أن هناك فروقاً بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية الأولى ، و متوسطات أفراد المجموعة التجريبية الثانية ، حيث بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى (٧١,٠٠) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي في القياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية (٥٩,٠٠). وقد أظهر اختبار شيفية لفحص دلالة هذه الفروق ، وجود دلالة لهذه الفروق عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ ، بين المجموعة التجريبية الأولى ، والمجموعة التجريبية الثانية ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الأولى ، أي أن المجموعة التجريبية الثانية انخفض لديها أعراض اضطراب فرط الحركة ، وتشنت الانتباه ، والاندفاعية ، مجتمعة بعد تطبيق البرنامج الفردي لتعديل السلوك مقروناً ببرنامج التوجيه والإرشاد للوالدين ، أكثر من المجموعة التجريبية الأولى. وبذلك نستنتج أن تطبيق البرنامج التدريبي لتعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري يؤدي إلى خفض فرط الحركة والانتباه لدى الأطفال أكثر من البرنامج التدريبي لتعديل السلوك الفردي فقط. وبذلك ترفض الفرضية الثانية .

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

حاولت هذه الدراسة التعرف على مدى فعالية فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لأطفال ما قبل المدرسة وبرنامج إرشادي لوالديهم على أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم ، ويتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ، إضافةً إلى تقديم التوصيات المناسبة على ضوء هذه النتائج . وسيتم الاعتماد على فرضيات الدراسة لشرح وتفسير النتائج وفقاً للتسلسل الآتي :

أولاً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والتي تنص على :

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) في متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي و أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري للوالدين وبين متوسطات فرط الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية لأفراد المجموعة الضابطة تعزى إلى البرامج التدريبية المطبقة " .

أظهرت النتائج وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) في السلوكيات المتعلقة بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مجتمعة (فرط الحركة، وتشتت الانتباه ، والاندفاعية) ، لدى الأطفال في المجموعة التجريبية الأولى ، الذين تلقوا برنامج تعديل السلوك الفردي ، وبين الأطفال الذين لم يتلقوا البرنامج التدريبي ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الأولى، مما يعني أن أي البرنامج التدريبي لتعديل السلوك الفردي المطبق في هذه الدراسة أسهم بشكل كبير في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال في المجموعة التجريبية الأولى الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، مقارنةً مع أقرانهم من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في المجموعة الضابطة .

وهذا يشير إلى إمكانية خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من هذا الاضطراب عبر استخدام فنيات تعديل السلوك ، الأمر الذي يؤثر إيجابياً في تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال المهارات الملائمة لعمرهم النمائي عموماً ، والمهارات ما قبل الأكاديمية خصوصاً ، وذلك تمهيداً لعملية دمجهم في المدارس العادية ، وهذا يتفق مع ما توصل إليه ميرندا آخرون (Miranda ,et al 2002) في دراستهم من وجود أدلة تشير إلى انخفاض مستويات السلوك غير الملائم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه عند استخدام إجراءات تعديل السلوك معهم .

وقد أثبتت نتائج الدراسة الحالية فاعلية برنامج تعديل السلوك الفردي القائم على مفردات النظرية السلوكية الهادفة إلى الحد من السلوكيات غير المرغوبة ، وزيادة مدى تكرار السلوكيات المرغوبة ، وتشكيل بعض السلوكيات المرغوبة ، وذلك من خلال استخدام فنيات مثل : التعزيز ، والتعزيز التفاضلي ، وجدول التعزيز المتغيرة ،

والتجاهل ، وبدائل العقاب ، وفنيات تشكيل السلوك . والتي هي بمجملها فنيات مباشرة ، وسهلة التطبيق ، وتحمل رسائل واضحة من الممكن للطفل أن يفهمها حتى في الأعمار المبكرة .

وقد تعود فعالية برنامج تعديل السلوك المطبق في هذه الدراسة على أطفال ما قبل المدرسة في المجموعة التجريبية الأولى إلى قيام الباحثة ، وبعض الأخصائيين المهنيين من ذوي الخبرة ، بتطبيق البرنامج على الأطفال ضمن إطار فردي ، وفي بيئة مهيأة لهذا الغرض ، وباستخدام منهجية التعلم والتعليم عن طريق اللعب ، الأمر الذي كان بمثابة المحفز للأطفال للانتظام ، والتقليل من سلوكيات فرط الحركة ، وتششت الانتباه ، والاندفاعية لديهم .

كما أن الأسلوب الذي أُتبع في تقديم المعززات للأطفال ، والتركيز على المعززات المادية، التي هي ذات دلالة وأهمية واضحة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، ومن ثم الانتقال إلى توظيف فنيات تحمل في طياتها انعكاسات ذات قيمة سلبية كتكلفة الاستجابة ، والحرمان... الخ. ساعدت وبشكل واضح في رفع مدى سيطرة هؤلاء الأطفال على أعراض اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه ، وهذا يتماشى مع ما توصل إليه سالنتو (Salanto, 1995) من إثبات لفعالية التعزيز فعالية التعزيز وتكلفة الاستجابة في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه.

أخذين بعين الاعتبار الدور الذي يلعبه شعور الأطفال بالقدرة على الانجاز والنجاح ، والقدرة على أداء المهمات المطلوبة منهم من قبل البالغين ، في ازدياد سيطرتهم على سلوكيات فرط الحركة ، وتششت الانتباه ، والاندفاعية لديهم ، وبالتالي انخفاضها وفقاً لما أوضحته نتائج هذه الدراسة .

ومن المحتمل أن يكون للأهل دوراً في نجاح هذا البرنامج من خلال تعزيزهم للتغيرات السلوكية ، وللسلوكيات المرغوبة التي ظهرت لدى أطفالهم في المنزل ، نظراً لاهتمامهم وتقبلهم للبرنامج منذ البداية للحد من هذا الاضطراب لدى أطفالهم ، وحرصهم على الحصول على تغذية راجعة من الأخصائيين حول مدى تجاوب أطفالهم بعد كل جلسة .

وقد انسجمت نتائج الدراسة الحالية مع ما يؤكده الأدب السابق حول أثر برامج تعديل السلوك في الحد من الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه ، وأن هذا بدوره يؤدي إلى تحسن في المشكلات الأخرى التي تنجم عن هذا الاضطراب نتيجة لانخفاض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه . وهذا يتفق مع نتائج دراسة ميراندا وآخرين (Miranda et al., 2002) والتي أشارت نتائجها إلى تحسن الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه لدى المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة ، بالإضافة إلى تحسن المشكلات السلوكية التي ترتبط باضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه لدى المجموعة التجريبية .

كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع عدد من الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج السلوكي في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه ، والتي خلصت إلى أن برامج تعديل السلوك تساهم بشكل واضح في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه ، بالإضافة إلى انحسار تأثير المشكلات السلوكية التي تنجم عن هذا الاضطراب ، ومن هذه الدراسات دراسة كاشك (٢٠٠٢) ، ودراسة الموافي (١٩٩٥) ،

ودراسة دافيز وويت (Davies & Witte, 2006) ، ودراسة سبرنجر (Springer, 2004)، ودراسة بندر و آخرين (Binder, et al., 2000) ، ودراسة كارلسن و آخرين (Carlson, et al., 2000) ، ودراسة سالنتو (Salanto, 1995) ، ودراسة كاتوباديا و جوش (Chattopadhyay & Ghosh , 1993) ، دراسة الحالة التي أجراها باركلي (Barkely, 1991).

كما أظهرت النتائج وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq .05$) في السلوكيات المتعلقة بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مجتمعة (فرط الحركة ، وتشتت الانتباه ، والاندفاعية) ، لدى الأطفال في المجموعة التجريبية الثانية ، الذين تلقوا برنامج تعديل السلوك الفردي مقرون ببرنامج إرشاد وتدريب أسري لوالديهم ، وبين الأطفال الذين لم يتلقوا أي برنامج تدريبي هم أو والداهم ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثانية، مما يعني أن أي برنامج تعديل السلوك الفردي للأطفال المقرون ببرنامج الإرشاد والتدريب الأسري لوالداهم ، المطبقان في هذه الدراسة ، أسهما بشكل كبير في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال في المجموعة التجريبية الثانية، الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، مقارنةً مع أقرانهم من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في المجموعة الضابطة .

وهذا يشير إلى إمكانية خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من هذا الاضطراب عبر استخدام فنيات تعديل السلوك، وبرامج التدريب الأسري للوالدين بشكل متوازٍ ، حيث أن اكتساب الوالدين لمهارات التعامل السليم مع أطفالهم الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد يتماشى مع ما أوضحه بيني وآخرون (Penny, et al 1999) أن مشاركة الوالدين في البرامج التدريبية أدت إلى خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وخفض مستوى الضغوط التي يعاني منها الوالدين، وازدياد قدرة الوالدين على حل المشكلات ، وازدياد معرفتهم بطبيعة الاضطراب وفهمهم لاحتياجات أطفالهم ، وتحسين تفاعلهم معهم ، هذا بالإضافة إلى ازدياد معدل استجابة هؤلاء الأطفال لأبائهم ، وانخفاض مستوى العناد لديهم .

وتعرض الطفل لجلسات فردية لتعديل سلوكياته خلقت منحى متعددًا في آلية العمل بين الجلسات الفردية لتعديل السلوك، وبين المنزل الذي كانت تدعم فيه هذه الإجراءات من قبل والدي هؤلاء الأطفال ، الذين تعرضوا لبرنامج الإرشاد والتدريب الأسري ، الأمر الذي كان له أثر إيجابي في انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال ، وهذا ما أكدته دراسة سبرنجر (Springer, 2004) .

كما أظهرت النتائج تحسناً في مستوى تفاعل الوالدين في المجموعة التجريبية الثانية مع أبنائهم الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، بعد تعرضهم لبرنامج الإرشاد والتدريب الأسري، ويمكن عزو ذلك إلى تفهم وإدراك والدي هؤلاء الأطفال لطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه أطفالهم ، والأعراض الناجمة عنه ، والاضطرابات المصاحبة له، مما أدى بالتالي إلى تغيير مفاهيمهم حول ما يعانيه أطفالهم ، وإدراكهم للممارسات الخاطئة التي كانوا يمارسونها مع أطفالهم ، والتي كانت تزيد من حدة أعراض الاضطراب ، وتعرض الطفل إلى مزيد من اللوم ، والنقد والعقاب ، والشعور بالفشل ، الأمر الذي كان يؤدي بدوره لمزيد من السلوك المشكل .

وقد تعزى فاعلية البرنامجين المطبقين على أفراد المجموعة التجريبية الثانية إلى تدرج البرامج المطبقة ، وتحليل المهارات التدريبية الواردة ضمنهما ، وتفعيل الباحثة لفنيات التعلم النشط في برنامج إرشاد وتدريب الوالدين من خلال استخدام أسلوب النقاش ، والواجبات البيتية التطبيقية ، وتكليف الأهل بمهام تدريبية ذات ارتباط مباشر بمحتوى الجلسات التدريبية .

كما قد تعود فاعلية البرنامجين المطبقين على الأطفال ووالديهم في المجموعة التجريبية الثانية أن الضغوط النفسية الناجمة لدى الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه نتيجة مواقف الإحباط التي يمر بها ، وخبرات الفشل الناجمة عن عدم مماشاته لمعايير السلوك المقبول للأطفال في عمره ، تجعله يلجأ إلى ممارسة الكثير من السلوكيات غير المرغوبة ، بشكل يجعله يبدو أحياناً وكأنه يفتقر للسلوكيات المرغوبة أو الملائمة، وعليه يكون السلوك المشكل فقط هو نصب أعين الوالدين ، متجاهلين أو غير منتهين للسلوكيات المرغوبة لدى الطفل ، وعليه فإن تدريب والدي الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لممارسة دور أساسي في تقديم العون لطفلها ، كونهما أقرب الناس إليه ، و أكثرهم تأثيراً به وخاصةً في المراحل العمرية المبكرة ، وتدريب الطفل لزيادة مدى ممارسته للسلوكيات المرغوبة ، والحد من تكراره للسلوكيات غير المرغوبة ، كان له أثر واضح في انخفاض أعراض فرط الحركة ، وتشتت الانتباه ، والاندفاعية لدى هؤلاء الأطفال.

هذا وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج السلوكي في خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، والتي سبق استعراضها ضمن إطار مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ، أما الدراسات التي تماشى نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية فيما يختص بدور برامج إرشاد وتدريب الوالدين في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، فمنها دراسة الميدا (Almeida,1998) ، ودراسة أناستوبو آخرين (Anastopoux et al.,1998) ، ودراسة فرانكير (Franker,1997) ، ودراسة جونسون (Johnson , 1994) ، ودراسة باير (Beyer, 1994) .

ثانياً : مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على :

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطات فرط الحركة وتششت الانتباه والاندفاعية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي و متوسطات فرط الحركة وتششت الانتباه والاندفاعية لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج الإرشاد الأسري للوالدين تعزى إلى برنامج تعديل السلوك الفردي المقرون ببرنامج التوجيه الأسري للوالدين "

ضمن إطار الفرضية الثانية أكدت النتائج وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0,05$) في السلوكيات المرتبطة بأعراض اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه مجتمعة (فرط الحركة ، وتششت الانتباه ، والاندفاعية) ، لدى الأطفال في المجموعة التجريبية الثانية ، الذين تلقوا برنامج تعديل السلوك الفردي مقروناً ببرنامج إرشاد وتدريب أسري لوالدهم ، وبين الأطفال الذين تلقوا برنامج تعديل سلوك فردي فقط ، ولم يتلق والدهم أي برنامج تدريبي ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثانية، مما يعني أن أي برنامج تعديل السلوك الفردي للأطفال المقرون ببرنامج الإرشاد والتدريب الأسري لوالديهم، أسهما بشكل كبير في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه لدى الأطفال في المجموعة التجريبية الثانية ، الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه ، مقارنةً مع أقرانهم من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في المجموعة الأولى ، والذين طبق عليهم برنامج تعديل السلوك الفردي فقط .

أن انخفاض أعراض اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية الثانية بشكل أكبر من انخفاض هذه الأعراض لدى أقرانهم في المجموعة التجريبية الثانية قد يكون مرده إلى تفهم والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه لقدرات واحتياجات طفلها الذي يعاني من هذا الاضطراب ، وتدريبها عبر برنامج الإرشاد والتدريب الأسري ، كيفية التعامل مع الأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه بصبر وحكمة ، و كيفية إدارة سلوكياته في المنزل وتشجيعه على السلوك الإيجابي، و كيفية استخدام فنيات تعديل السلوك في المنزل . هذا بالإضافة إلى خضوع الأطفال في ذات الوقت إلى برنامج فردي لتعديل السلوك يهدف إلى الحد من السلوكيات غير المرغوبة ، وزيادة مدى تكرار السلوكيات المرغوبة ، وتشكيل بعض السلوكيات المرغوبة . الأمر الذي أدى إلى خفض مقاومة الطفل للتغيير ، وتبنيه لسلوكيات أكثر إيجابية، نظراً لوجود ثبات في طريقة التعامل مع الطفل من قبل الأخصائي من ناحية ، ومن قبل الوالدين من الناحية الأخرى . الأمر الذي جعل هؤلاء الأطفال يظهرون انخفاضاً في أعراض اضطراب فرط الحركة وتششت الانتباه، أكثر من الأطفال الذين لم يخضع والدهم لأي برامج تدريبية .

كما أن تبني نظرة شمولية لأعراض الاضطراب ومسبباته والطرق العلاجية المتوافرة، عبر تدريب الطفل بشكل فردي ، وتدريب وتوجيه والديه في ذات الوقت بشكل فردي أيضاً ، وذلك بهدف تحقيق أفضل تطور ممكن للطفل ، عبر الحد من سمات الحركة المفرطة والاندفاعية أو زيادة مدى الانتباه ونوعيته ، قد يكون ذا علاقة بالنتائج الخاصة بهذا السؤال، حيث تعمل برامج تعديل السلوك على إكساب الطفل سلوكيات بديلة تكيفية ، و تعمل برامج تدريب الوالدين على تدعيم التطورات التي يحققها الطفل في المنزل والمدرسة والبيئة الاجتماعية المحيطة به . وهذا النموذج العلاجي متعدد الأوجه الذي يشترك فيه الأهل والأخصائيون في بناء الخطة العلاجية للطفل وتنفيذها ، وذلك بهدف زيادة كفاءة الطفل الاجتماعية مع والديه

ورفاقه وإخوانه ، والحد من سلوكياته غير المرغوبة، وتدعيم مفهومه وتقديره لذاته ، بالإضافة إلى تطوير قدرته على الاستقلالية في جميع نواحي حياته ، تكون ذات فعالية أكبر للطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وأسرته ، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه الدراسة التي أجراها المعهد القومي للصحة النفسية (National Institute of Mental Health) (1999 ،) والتي تعتبر من أكبر الدراسات العلمية ضمن إطار البرامج العلاجية متعددة الأوجه ، حينما أثبت وجود فعالية للعلاج المتداخل في تنمية المهارات الاجتماعية ، وتحسين الأداء الأكاديمي ، وتطوير العلاقة بين الطفل ووالديه .

كما وقد تعود فعالية البرامج المطبقة إلى آلية تطبيق برنامجي تعديل السلوك الفردي للطفل، وبرنامج تدريب والوالدين ، حيث كان يطلب من الوالدين مراقبة طريقة سير جلسة تعديل السلوك الفردي ، في غرفة خاصة لذلك عبر الزجاج العاكس ، وملاحظة كيفية قيام الأخصائي بتطبيق وتفعيل فنيات تعديل السلوك ، كنوع من التعليم بالتمذجة الحية ، ومن ثم كان يعتمد الأخصائي إلى ربط محتويات جلسة تدريب والوالدين ، بالفنيات التي كان يتم تطبيقها في جلسة تعديل السلوك الفردي للطفل ، الأمر الذي كان بمثابة الدافع والمحفز للأهل لتطبيق التوجيهات والتدريبات التي تطلب منهم .

هذا وتتفق نتائج الدراسة الحالية ضمن أطار فعالية العلاج متعدد الأوجه مع مجموعة من نتائج دراسات أجريت في ذات السياق ، مثل : دراسة بلهام (Pelham , 2005) ، ودراسة هال (Hall, 2003) ، دراسة اجباليه وآخرون (Eghbalieh et al., 2000) ، والمراجعة التي أجراها كلاسن وآخرون (Klassen, et al., 1999) ، ودراسة جنسن وآخرون (Jensen, et al., 1999) ، ودراسة هورن وآخرون (Horn, et al., 1990) .

ويمكن تلخيص ما تقدم ، بأن نتائج هذه الدراسة دعمت فاعلية استخدام العلاج متعدد الأوجه باستخدامها لبرنامج تعديل سلوك فردي للأطفال ما قبل المدرسة ، وبرنامج إرشاد وتدريب أسري لوالديهم ، في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه . وعلى الرغم من ذلك ، يجب الأخذ بعين الاعتبار نتائج الدراسات التي اختلفت مع الدراسة الحالية .

التوصيات :

أوضحت نتائج الدراسة الحالية ومناقشة هذه النتائج وجود أثر للبرامج التدريبية المطبقة في خفض الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وفي ضوء ذلك ، تقدم الباحثة بعض التوصيات والمقترحات الآتية :

- إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية في مجال خفض أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، باستخدام فنيات تعديل السلوك المقرون ببرامج تدريب الوالدين ، بحيث تتناول متغيرات أخرى مثل العمر ، والجنس ، وآليات لم تتناولها الدراسة الحالية.
- دراسة فاعلية برنامج تعديل سلوك فردي للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ووالديهم وإخوانهم .
- ضرورة الكشف عن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة ، وتقديم الخدمات الملائمة لهم ، ضمن إطار برامج التدخل المبكر .
- تنوع الأساليب العلاجية المستخدمة في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، عند العمل مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب .
- إجراء متابعة بعدية لأفراد المجموعات التجريبية .

المراجع

المراجع باللغة العربية :

- إبراهيم، عبد الستار ، و الدخيل ، عبد العزيز ، و إبراهيم ، رضوى (١٩٩٣) . العلاج السلوكي للطفل ، أساليبه وبعض نماذج من حالاته . الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- إبراهيم ، علا (لات) . علاج النشاط الزائد للأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك . سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات الطفولة . (لان) .
- بدر ، فائقة . (٢٠٠٥) أعراض اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد في علاقته بالسلوك العدواني لدى أطفال ما قبل المدرسة . الرياض ، المملكة العربية السعودية . المجلة العربية للتربية الخاصة ، ٧ ، ١٦٧-٢٠٠ .
- الحامد ، جمال (٢٠٠٢) . اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال ، أسبابه وعلاجه . الرياض ، المملكة العربية السعودية : الأكاديمية العربية للتربية الخاصة .
- حسن ، نشوة و عبد الغفار ، غادة (٢٠٠٦) مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالحركة المفرطة . دراسات عربية في علم النفس ، المجلد ٥ (١) ، ٤٥-٧٨ .
- خاشقجي ، محاسن (١٩٩١) . فاعلية برنامج التدريب على ضبط الذات والتعزيز الإيجابي في خفض النشاط الزائد لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود : الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- الخشرمي ، سحر (٢٠٠٤) . العلاج التربوي والأسري لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه دليل المعلم والأسرة . الطبعة الأولى . الرياض : منشورات جامعة الملك سعود .
- الخشرمي ، سحر وسيد أحمد ، السيد على . (٢٠٠٦) . مقياس أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال في عمر المدرسة . الرياض : مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية .
- الخطيب ، جمال (٢٠٠٣) . تعديل السلوك الأنساني . دليل العاملين في المجالات التربوية والنفسية . عمان : دار الفلاح .
- الرويتع، عبد الله صالح (٢٠٠٢) . اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .مجلة الطفولة والتنمية ، ٦ (٢) ، ٣٩- ٥٨ .
- الزارع ، نايف (٢٠٠٧) . اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد . عمان : دار الفكر.
- السمادوني ، السيد إبراهيم (١٩٩١) . قائمة كورنز لتقدير سلوك الطفل . كراسة التعليمات . القاهرة : دار الفكر .
- سلامة ، ممدوحة (١٩٨٧) . استبيان القبول _ الرفض الوالدي للأطفال . القاهرة : مكتبة الأنجلو مصرية .

- سيد أحمد ، السيد علي (٢٠٠٤) . التنبؤ بالذكاء والتحصيل الدراسي من أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى طلاب المرحلة الابتدائية . الرياض : مجلة أكاديمية التربية الخاصة . ٤ ، ٣٧ - ٩٢ .
- سيد أحمد، السيد علي ، و بدر، فائقة (٢٠٠٤) . اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال . الرياض ، المملكة العربية السعودية . الأكاديمية العربية للتربية الخاصة .
- سيسام ، كمال (٢٠٠١) . اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة ، خصائصها واسبابها ، وأساليب علاجها . العين : دار الكتاب الجامعي .
- سيسام ، كمال (٢٠٠٦) . ورشة عمل حول كيفية التعامل مع المصابين باضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه . الرياض مجموعة دعم اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه . مستشفى الملك فيصل التخصصي . الرياض .
- الطحان ، محمد خالد (١٩٨٣) . مقياس الاتجاهات الوالدية في التنشئة كما يدركها الأبناء . تونس : مجلة البحوث التربوية . المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم .
- عبد الوهاب ، سميرة (٢٠٠٧) . بناء برنامج إرشادي جمعي لتدريب الأمهات على التعامل مع أطفالهن وقياس أثره في خفض أعراض ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لديهم . رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، الأردن .
- القحطاني ، ظاهر (٢٠٠٥) . فعالية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، كلية التربية .
- القرعان ، جهاد (٢٠٠٦) . أثر برنامج تدريبي سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد . رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية ، الأردن .
- كشك ، رضا (٢٠٠٢) . فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- مجموعة دعم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، منشورات توعوية وثقافية . المملكة العربية السعودية : مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث.
- المليك ، نورة (٢٠٠٥) بعض الخصائص النفسية لدى تلميذات المرحلة الابتدائية الآتي بعانين من اضطرابات نقص الانتباه والنشاط الزائد ، دراسة مقارنة . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود : الرياض ، المملكة العربية السعودية.
- الموافي ، حامد (١٩٩٥) . دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة . مجلة كلية التربية . جامعة المنصورة . المجلد (٢٨) ، ١-٣٧ .
- يحيى ، خوله (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية والانفعالية . الطبعة الأولى . عمان : دار الفكر .
- اليوسفي ، مشيرة . (٢٠٠٥) . النشاط الزائد لدى الأطفال ، الأسباب وبرامج خفض . القاهرة : المركز العربي للتعليم والتنمية.

- ADHD Information Library . (2004) . **Treatment Options for ADD , ADHD** . From , <http://www.newideas.net/attention-deficit/treatment.htm>. on line .
- Alessandri , S . M . and Schramm , K . (1999) . Effects of Dextroamphetamine on the Cognitive and Social Play of Preschooler With ADHD . **Journal of The American and Adolescent Psychiatry , 30** (5) , 768-772 .
- Almeida ,R.M.(1998) . Parent Training for Families of Children Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorder . **Dissertation Abstracts International .59** (9), 50-68 .
- American Academy of Pediatrics (AAP) . (2001) . Clinical Practices Guideline : Treatment of School - Aged Child with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder . **Pediatrics , 108** (4) , 1033 – 1044 .
- American Psychiatric Association (APA). (2000) . **Diagnostic and Statistical of Mental Disorders** . (4th, ed.Text revision) . Washington , DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos , A.D , Dupaul , G.J . & Barkley , R.A (1991) . Stimulant Medication and Parent Training Therapies for (ADHD) **Journal of Learning Disabilities** , 24 (4) , 210 – 218 .
- Anastopoulos , A.D ., Shelton ,T.L., Dupaul , G.J., Guevremont, D.(1993). Parent Training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Its Impact on Parent Function . **Journal of Abnormal Psychology ,21(5),581-596** .
- Antrop , I . , Buysse , A . ,Herbert , A .and Oost ,P.(2005) . Activity In Children with ADHD During Waiting Situation in The Classroom . **British Journal of Educational Psychology , 65** ,51-69 .
- Argyle . M (1986) . Social behavior . In M . Herbert (Ed) . **Psychology for Social workers** (2nd ed) . . London , Harrogat Press.
- Barkley , R.A . (1991) **ADHD and The Nature of Self –Control ..** New York : The Guilford Press
- Barkley , R.A . (1998) Attention deficit hyperactivity disorder . **A Scientific American** , 279 (3) , 66-72 .

- Barkley , R.A . (2005) . ***Taking Charge of ADHD The Complete , Authoritative . Guide For Parents*** . New York : The Guilford Press .
- Berthiaume , K . S . (2005) . ***Getting Clued In : In Ferential Processing and Comprehension Monitoring In Children With ADHD*** . Degree of Doctor , University of Kentucky .
 - Beyer , M,M, .(1995) Group Parent Training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Dissertation Abstracts International .55 (9)***, 4108 .
 - Biederman , F . and Keenan , K . (1990) . Family – Genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-111 . ***Attention Deficit Disorder ,29 (4)*** , 526 – 533 .
 - Biederman , J . Faraone , S .V . , Monuteaux , M .C . (2002) . Differential Effect of Environmental Adversity By Gender : Ratter's Index of Adversity In A Group of Boys & Girls With and Without ADHD . ***American Journal of Psychiatry , 159*** , 1556 – 1562 .
 - Biederman , J . Newcorn , J . & Sprich , S . (1991) . Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Conduct , Depressive , Anxiety and Other Disorders . ***American Journal of Psychiatry , 148*** , 564 – 577 .
 - Binder . L .M . Dixon ,R . M . , and Ghezzi , P.M .(2000) . Procedure to Teach Self –Control to Children with ADHD . ***Journal of Applied Behavior Analysis , 32 (2)***, 233-237 .
 - Boyle, M ; Cunningham, C ; Kim, M & Schachar, R (1999) . ***Treatment of Attention – Deficit Hyperactivity Disorder*** . From : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books> .
 - Brown , B , E . (2005) . ***Attention Deficit Disorder*** . United Kingdom , Yale University Press Health and Wellness .
 - Byrne ,J.M; Bawden ,H.N;Beattie,T.L; &DeWolfe ,N.A.. (2003). Risk for Injury in Preschoolers : Relationship to Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Journal of Child Neuropsychology ,9 (2)***, 142-151 .
 - Cadoret , R . and Caspers , K . (1999) . The Genetics of Attention-Deficit Disorder . ***The ADHD Challenge , 12,(6)*** , 1- 6 .

- Carlson , C.L .,Mann ,M . and Alexander, A.K . (2000) . Effects of Reward and Response Cost on Performance and Motivation of Children with ADHD . ***Cognitive Therapy and Research*** , **24(1)** , 87-98 .
- Che ,S.(2003) . Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Patron: Review of the Literature . ***International Journal of Therapy and Rehabilitation*** , **10(5)** , 218 - 227 .
 - Conte , R . (1998) . ***Attention Disorders*** . New York : Academic Press .
 - Copeland , E.D . and Love , V.L . (1995) . ***Attention , Please ! A Comprehensive Guide for Successfully Parenting Children With Attention Disorders and Hyperactivity*** . Florida : Specialty Press Inc .
 - Cown , D . (2002) . ***Attention Deficit Hyperactivity Disorder , Here's Our Eating Program*** . From , <http://www.newideas.net.addiet.htm> .
 - Cunningham ,C.E. and Boyle , M. H.(2002) . Preschooler at Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder . ***Journal of Abnormal Child Psychology*** **30(6)**,555-596 .
 - Davies , S . & witte , R . (2006) . <http://Search.msn.com/>
 - Dewolf ,N.A .(1999) . Early Identification of Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Multidimensional Assesment Protocol for Preschoolers . ***Dissertation Abstracts International .60 (3-B)*** , 1298 .
 - DuPau,G. ,& Stoner ,G .(1994) . ***ADHD In The Schools*** . New York, USA . Guilford Press .
 - Eghbalieh , B . , Crinella , F . M . , Hunt , L . E . , Swanson , J . M . (2000) . Parental Stimulant Effects of Alerting & Executive Control In Six and Seven Years Olds . ***Journal of Attention Disorder's*** . **4 (1)** , 102 – 110 .
 - Erhardt , D . , Backer , B . (1990) . The Effects of Behavioral Parent Training On Families With Young Hyperactivity Children . ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*** . **21 (2)** , 121 – 132 .

- Fee , V . E . , Matson , J . L . , Benavidez , D . A . (1994) . Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children . ***Research In Developmental Disabilities*** , **15** (2) 67-79 .
- Firestone , P . , Musten , L . M . , Pesterman , S . , Mercer , D and Bennett , S . (1998) . Short Term Side Effects of Stimulant Medication are Increased In Preschool Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*** , **8** (1) 31-25 .
 - Flick , G.L . (1998) . ***ADD / ADHD Behavior Change Resource Kit***. Johan Wiley & Sons , Inc .
 - Fowler, M . (2002) . ***Attention Deficit Hyperactivity Disorder***. National Information Center For Children & Youth with Disabilities . from : [http //www.fidonline-org/ id-indepth /add - adhd/ add – niehcy. html](http://www.fidonline-org/id-indepth/add-adhd/add-niehcy.html) .
 - Frankel , F . (1997) . Parent-Assisted Transfer of Children Social Skills Training : Effects on Children with and without ADHD . ***Journal of The American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*** , **36** (8) , 1056 – 1064 .
 - Gerald , J. and Barry , D . (1993) . The Neology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ***Journal of The American of Child and Adolescent Psychiatry*** , **32** (1) , 155-162 .
 - Ghosh ,S. and Chattopadhyay ,P.K . (1993) . Application of Behavior Modification Techniques in Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Indian Journal of Clinical Psychology***,**20(2)** , 124-129.
 - Ghuman , J . K . , Ginsburg , G . S . , Subramanian , G . , Ghuman , H . S. and Kau , A . S . (2001) . Psychostimulants In Preschool Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*** **40** (5) 516-524 .
 - Gillis ,J . , Gilger , W. , Pennington ,F . and Defries , C .(1992) . Attention Deficit Disorder in Reading – Disabled Twins : Evidence For A Genetic Etiology . ***Journal of Abnormal Child Psychology*** **20**,303-315.
 - Hall ,T. F. (2003). Early Intervention Multimodal Treatment Program for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ***Dissertation Abstracts International*** .AAC 3058890 .

- Hoover , D.W. , Milich , R . (1994) . Effects of Sugar Ingestion Expectancies on Mother – Child Interaction . ***Journal of Abnormal Child Psychology*** . **22** , 501-515 .
- Horn , F . H . , Jalonge , N . , Greenberg , G . , Packard , T . & Winberry , C . S . (1990) : Additive Effects of Behavioral Parent Training and Self Control Therapy With Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children . ***Journal of Clinical Child Psychology*** , **19** (2) , 389 – 410 .
- Hunt , R . D . , Paguin , A . & Payton , K . (2001) . An Update on Assessment and Treatment of Complex Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Pediatric Annals*** .**30** (3) ,62 – 172 . From : [http://gateway2. ovid.com/ovidweb.cgi](http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi) .
- Jensen , P . , Arnold , L . , Richters , J . (1999) . 14 Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention Deficit Hyperactivity Disorder . ***Journal of The American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*** , **56** , 1073 – 1086 .
- Johnson , T (1994) , ***Using Conjoint Behavioral Consolation to Enhance the Generalization of Behavioral Parent Training Effects to School Settings for Children with ADHD*** , Paper Presented at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists , March 1994 .
- Johanston . C . & Freman . W . (1997) . Attribution For Child Behavior In Parent of Children Without Behavior Disorders and Children With ADHD . ***Journal of Counseling and Clinical Psychology*** . **65** (4) , 636 – 645 .
- Jones , Clare B . (1998) ***Attention Deficit Disorder.*** , U.S.A . The Center for Communication Skill Builders, The Psychological Corporation.
- Kane , A .(2001) .Psychological Mechanisms In Hyperactivity . . ***Journal of child Psychological Psychiatry*** .Vol.42.(2).211-219.
- Karande , S . (2005) . Attention Deficit Hyperactivity Disorder , A Review for Family Physicians . ***Indian Journal of Medical Sceinces*** . **59**(12) , 246-555 .
- Klassen , A . , Miller , A . , Raina , P . , Lee , S . K . & Olsen , L . (1999). Attention Deficit Disorder In Children and Youth : A Quantitive Systematic Review of The Efficacy of Different

- Management . **Canadian Journal of Psychiatry** , **44** (10) , 1007 – 1017 .
- Layer , J . (1998) . An Hypothesis For Explaining AD/ HD in Children and Adolescent . . **The ADHD Challenge** , **X11 (6)** , 7-10 .
 - Le i, E . (2006) . **Children with ADHD : A Training Curriculum for Parents** . Unpublished doctoral dissertation , University of California State .
 - Loighran,S .(1998). Assessing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschool Children . **Dissertation Abstracts International .59 (4)**, 4118 .
 - Lilly & Company .(2006) **What Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder** . <http://www.Reuters Health.com/> .
 - Mash , J .and Johanston , C . (1990) . Determinants of Parenting Stress: Illustrations From Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children . **Journal of Clinical Child Psychology** , **19**, 313- 338 .
 - Mathews ,P.W.(2001) . Neuropsychological Test Performance of Preschool Children at Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Journal of Abnormal Psychology** **30(6)**,1618 .
 - Mc Craken , J .(1991) . A Tow Part Model of Stimulant Action on Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Children . **Journal of Neuropsychiatry** ,**3** ,201-209.
 - Mc Namamare ,B .E . and Mc Namamare ,F.J .(2000) . **Keyes to Parenting A Child with Attention Deficit Disorder** . New York : Barrons Educational Series . Inc .
 - Meier , John H . (1992) **Behavior Management for young children** , U.S Department of Education . <http://www.ERIC.com/> .
 - Miller, L.S., Koplewicz,H. S. & Klein,R. G.(1997) . Teacher Rating of Hyperactivity, Inattention and Conduct Problems in Preschooler. **Journal of Abnormal Child Psychology** .(25),2, 113-119 .
 - Miranda , A . , Presentacion , M . J . & Soriano , M . (2002) . Effectiveness of A School-based Multicomponent Program for Treatment of Children With ADHD . **Journal of Learning Disabilities** , **35** (6) , 546 – 562 .

- Monteiro , M . L . , Firestone , P . , Pesterman , S . , Bennett , S . and Mercer , J . (1997) . Effects of Methylphenidate on Pre School Children With ADHD : Cognitive and Behavioral Function . ***Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*** , **36** (10) , 1407-1415 .
- National Institute of Health Consensus Development Conference Statement . (2000) . Diagnosis & Treatment of Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder . ***Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*** . **39** , 93 – 182 .
- National Institute of Mental Health . (2001). ***Attention Deficit Hyperactivity Disorder , Your Child and You*** . from : [http //www. Value Options . Com//](http://www.ValueOptions.Com//).
- National Institute of Mental Health . (2003). ***Attention Deficit Hyperactivity Disorder*** . from : [http //www. Nimh . nin . gov / Putlicat/Adhd-cfm](http://www.Nimh.nin.gov/Putlicat/Adhd-cfm) .
- Pelham , W .(2005) . Empirically Supported Psychosocial Treatment for ADHD ***Experimental and Clinical Psychopharmacology*** , 13 (2) ,117-125 .
- Penny , C . , Pearl , L . & Russell , S . (1999) . Parental Knowledge of Attention – Deficit Hyperactivity Disorder & Opinions of Treatment Impact Enrolment and Adherence to A 12-Month Treatment and Trail . ***Canadian Journal of Psychiatry*** **44** (10) , 1043 – 1049 .
- Piffner , L . and Mc Burnett , K . (2004) . ***Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*** . From [http://www.ucdmc.ucdavis.edu/news/mind institute.lecture-piffner.html](http://www.ucdmc.ucdavis.edu/news/mind_institute.lecture-piffner.html) .
- Piffner . L . S . & Mc Burnet . K . (1997) . Social Skills Training Parent Generalization : Treatment for Children With Attention Deficit Disorder With Hyperactivity . ***The American Journal for Psychiatry*** . **150** (8) , 1203 – 1209 .
- Pineda , A . , Lopera , F . , Henoa , E . , Palacio , D . and Catellanos , X . (2001) . Confirmation of High Prevalence of Attention Deficit Disorder in A Columbian Community . ***Rev – Neural*** , **32** (3) , 217-222 .

- Pisterman , M .(1989) . **Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook for Diagnosis & Treatment** . New York : Guilford Press .
- Quinn , P . and Nadeau , K . (199^) . Gender Issue and Attention Deficit Disorder . **The ADHD Challenge ,12** (2) , 1-8 .
- Rabiner, D .(2007) .How to Deal with ADHD , From:<http://www.addresources.org/articles.htm> .
- Rief , S.F . (2005) . **How to Reach And Teach Children With ADD / ADHD** . San Francisco , Jossey – Bass A Wiley Imprint .
- Salanto, M . (1990) . The Effects of Reinforcement and Response Cost a Delayed Response Task In Children With Attention Deficit Disorder . **Journal of Psychology & Psychiatry , 31** (5) 803 – 808 .
- Shaywitz , S.E & B.A Shaywitz .(1991) . Introduction to the Special Series on Attention Deficit Disorder . **Journal of Learning Disabilities , 24** (2) , 68 .
- Shoor , T .(1990) . Parental Attitudes and Interaction in Delinquency . **British Journal of Psychology , 32** (6) , 304- 315 .
- Smalley , S. (1998) . Studying The Genetics of ADHD . **The ADHD Challenge . XII** (2) 6-8 .
- Springer ,C .(2004) . Treatment In An Early Intervention Program for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder . **Dissertation Abstracts International** , AAC 3119179 .
- Stage , S.A. and Quiroz , D.R.(1997) . Ameta – Analysis of Intervention to Decrease Disruptive Behavior in Public School Settings . **School Psychology Preview,26** , 233- 237 .
- Takashi , I . , Osamu , T . , Yuuichi , K . and Tatsuro , O . (2003) . Co Morbidity in Attention Deficit – Hyperactivity Disorder . **Psychiatry and Clinical Neurosciences , 57** (2) , 457-463 .
- Tripp , G . , Ryan ,J . and Speace , K .(2002) . Neurophysiology Functioning in Children with DSM-1V Combined Type Attention Deficit Hyperactivity Disorder . **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry , 36** , 771-779 .
- Weaver , J . (2000) . **Attention Deficit Hyperactivity Disorder , Stress Management Mental Health Clinics** . From:<http://www.stressmanagementclinic.com/articles.htm> .

- Willcutt , E . G . , Betjemann , R . S . , Samuelsson , S . , Corley , R . & Olson , R . K . (2006) . ***Preschool Twin Study of The Relation Between Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and Prereading Skills*** , U.S.A Springer Inc .
- Wolraich , M . , Milich , R . , Stumbo , P . , Schultz , F . (1985) . The Effects of Sucrose Ingestion on the Behavior of Hyperactive Boys . ***Pediatrics*** . **10** , 657-682 .

الملاحق

ملحق (١)

القائمة التشخيصية لأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه /الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية -
النسخة المنقحة الرابعة

الرقم	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق أبداً
١	يفشل في الانتباه للتفاصيل .			
٢	يتململ أو يتلوى بالمقعد .			
٣	يصعب عليه تركيز انتباهه في الأعمال التي تتطلب استمرارية الانتباه .			
٤	لا يبقى في مقعده في المواقف التي تتطلب الجلوس .			
٥	يتسرع في الإجابة قبل سماع السؤال كاملاً .			
٦	يصعب عليه الإنصات في الحديث الموجه إليه.			
٧	يركض ويتسلق هنا وهناك بإفراط وبأوقات غير ملائمة .			
٨	لا يتبع التعليمات ، ويفشل في إنهاء ما يطلب منه .			
٩	يجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك بهدوء في الأنشطة الترويحية .			
١٠	يجد صعوبة في انتظار الدور .			

الرقم	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق أبداً
١١	يصعب عليه تنظيم المهام أو الأنشطة .			
١٢	لا يهدأ ويتصرف وكأنه مدفوع بمحرك .			
١٣	يتجنب أو يكره أو يتجاهل المشاركة في المهام التي تتطلب جهد عقلي (مثل الواجبات المدرسية ، والواجبات البيتية) .			
١٤	يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم (يتدخل في الحديث أو الألعاب) .			
١٥	يضيع الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل الأقلام ، الكتب ، الأدوات ... الخ)			
١٦	يتكلم بشكل مفرط .			
١٧	يتشتت انتباهه للمثيرات الخارجية بسهولة .			
١٨	ينسى الأنشطة أو المهام اليومية .			

ملحق (٢)

قائمة تقدير سلوكيات الطفل

المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

(تقدير الوالدين)

عزيزي الأب...عزيزتي الأم :

تحية طيبة وبعد

يحتوي المقياس التالي على مجموعة من الفقرات التي تهدف إلى تشخيص الطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، الرجاء قراءتها جيداً ، ومن ثم الإجابة على جميع فقراتها بموضوعية ، وذلك بتحديد مدى انطباق كل منها بدقة ، ووضع إشارة (×) أمام كل عبارة في الخانة التي ترى أنها الأكثر انطباقاً ، علماً بأن إجاباتك على هذا المقياس ستعامل بسرية تامة ، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي .
شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة

لينا سعدي الدراس

بيانات أولية عن الطفل :

أسم الطفل:..... تاريخ الميلاد : / /

أسم ولي الأمر:..... التاريخ الحالي : / /

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
أولاً	تشنت الانتباه				
١	يحتاج للأشراف والتذكير لإكمال مهمة محددة .				
٢	يواجه صعوبة في الانتباه والتركيز للتفاصيل المتضمنة في اللعبة التي أمامه .				
٣	يجد صعوبة في التركيز المستمر أثناء وقت اللعب.				
٤	انتباهه قصير مقارنة مع عمره الزمني.				
٥	يواجه صعوبة واضحة في أتباع التوجيهات الوظيفية البسيطة المكونة من شق أو اثنين .				
٦	يواجه صعوبة واضحة في أتباع التوجيهات المتتابعة المكونة من عدة أوامر متتابعة .				
٧	يبدو أنه لا ينصت إليك عندما تتحدث إليه ، وكأنه لا يسمعك .				
٨	يفقد أدواته أو ألعابه أو أشياءه الشخصية .				
٩	يحتاج إلى التذكير بالتعليمات حتى البسيطة منها ، لأنه لا يكون منتبهاً عند سماعها .				
١٠	يجد صعوبة في متابعة البرامج الكرتونية المحببة لديه على التلفاز .				
١١	يتشتت انتباهه من أي مثير حوله حتى لو كان من غير اهتماماته .				
١٢	يجد صعوبة في الاستماع للحديث الموجه له، ويبدو أحياناً وكأنه لا يسمع .				
١٣	يواجه صعوبة في فهم الكثير من المعلومات التي يسمعها على النقيض من أقرانه .				
١٤	يصعب عليه الانتباه والتركيز للتفاصيل المتضمنة في اللعبة التي أمامه .				
١٥	يواجه صعوبة في مطابقة الصور المتشابهة.				
١٦	يجد صعوبة في تحديد مكونات الصور البسيطة .				
١٧	يصعب عليه تحديد نقاط الاختلاف بين صورتين متشابهتين .				

ثانياً	فرط الحركة			
١	يمل ويلعب بيديه أو رجليه أو يتأرجح على المقعد .			
٢	يصرخ ويصيح باستمرار .			
٣	يداه تتحركان باستمرار ويمسك بملابسه بتململ .			
٤	يجري ويقفز كثيراً في أوقات غير ملائمة لذلك مثل وقت الطعام .			
٥	يجد صعوبة المشاركة في الألعاب التي تتطلب الهدوء .			
٦	دائم الحركة كأن طاقته لا تنتهي .			
٧	يواجه صعوبة في أكمل المهمات الروتينية التي يبدأ بها .			
٨	ينتقل من لعبة إلى أخرى دون أكمل أي منها .			
٩	يتسلق فوق الأشياء والجدران .			
١٠	كثير التملل في السرير ولا يستغرق في النوم بسهولة .			
١١	يصعب السيطرة على سلوكياته عند خروجه مع الأسرة .			
١٢	يحدث صخباً وضوضاء مزعجة في المكان الذي يتواجد فيه .			
ثالثاً	الاندفاعية			
١	يقاطع الآخرين أثناء حديثهم للتعبير عن رغبته بالحصول على شيء ما .			
٢	يصعب عليه انتظار دوره بعد أخوانه .			
٣	متقلب المزاج وانفعالاته غير ثابتة .			
٤	ينتقل من موضوع إلى آخر أثناء الحديث .			
٥	يجد صعوبة في تقدير المخاطر التي أمامه حيث قد يقفز من أماكن مرتفعة ، أو يجري في الشارع نحو السيارات .			
٦	يستخدم سلوكيات غير ملائمة لتحقيق مطالبه مثل الصراخ والارتماء على الأرض .			

ملحق (٣)

أسماء أعضاء هيئة تحكيم قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين)

أ.د. فاروق الروسان	كلية العلوم التربوية /الجامعة الأردنية
د. أسعد الزعبي	كلية العلوم التربوية /الجامعة الأردنية
د. إبراهيم زريقات	كلية العلوم التربوية /الجامعة الأردنية
أ.د. أحمد عواد	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
د. محمد صالح الإمام	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
أ.د. سعيد الأعظمي	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
د. عطا الخالدي	جامعة عمان العربية للدراسات العليا

ملحق (٤)

تعديلات المحكمين على قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (تقدير الوالدين)

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
أولاً	تشتت الانتباه	
٢	يفشل في الانتباه والتركيز للتفاصيل المتضمنة في اللعبة التي أمامه .	يواجه صعوبة في الانتباه والتركيز للتفاصيل المتضمنة في اللعبة التي أمامه .
١٠	يجد صعوبة في متابعة البرامج الكرتونية على التلفاز .	يجد صعوبة في متابعة البرامج الكرتونية المحببة لديه على التلفاز .
١١	يتشتت انتباهه من أي مثير حوله حتى لو كان بسيطاً .	يتشتت انتباهه من أي مثير حوله حتى لو كان من غير اهتماماته .
ثانياً	فرط الحركة	
٥	يجد صعوبة المشاركة في الألعاب التي تتطلب الهدوء .	يجد صعوبة المشاركة في الأنشطة التي تتطلب الهدوء ..
٢	منفعل يصرخ ويصيح باستمرار .	يصرخ ويصيح باستمرار .
٧	لا يكمل المهمات الروتينية التي يبدأ بها.	يواجه صعوبة في أكمل المهمات الروتينية التي يبدأ بها.
ثالثاً	الاندفاعية	
٥	لا يقدر المخاطر التي أمامه حيث قد يقفز من أماكن مرتفعة ، أو يجري في الشارع نحو السيارات .	يجد صعوبة في تقدير المخاطر التي أمامه حيث قد يقفز من أماكن مرتفعة ، أو يجري في الشارع نحو السيارات .

ملحق (٥)

قائمة بأسماء أعضاء هيئة تحكيم البرامج التدريبية

كلية العلوم التربوية /الجامعة الأردنية	د. أسعد الزعبي
جامعة عمان العربية للدراسات العليا	أ.د. أحمد عواد
جامعة عمان العربية للدراسات العليا	أ.د. سعيد الأعظمي
جامعة عمان العربية للدراسات العليا	د. عطا الخالدي
جامعة عمان العربية للدراسات العليا	د. محمد صالح الإمام

ملحق (٦)

البرنامج التدريبي الأول
برنامج تعديل السلوك الفردي

الهدف العام من البرنامج :

يهدف برنامج تعديل السلوك الفردي إلى الحد من سلوكيات الأطفال المرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وإكسابهم من خلال فنيات تعديل و تشكيل السلوك سلوكيات أكثر ملائمة و أكثر تماشياً مع ما هو متوقع منهم وفقاً لأعمارهم الزمنية .

الأهداف الخاصة للبرنامج :

- زيادة مدى انتباه الأطفال عبر تقليل المشتتات البيئية المحيطة .
- تعليم الأطفال عبر اللعب المنظم واستخدام تقنيات التعزيز بعض السلوكيات المرغوبة .
- خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام أسلوبي التعزيز وتكلفة الاستجابة خلال ذلك .
- الحد من اندفاعية الأطفال عبر وضع أنظمة وقوانين واضحة للسلوكيات المسموحة والممنوعة داخل إطار الجلسة التدريبية الفردية .
- رفع مستوى شعور الأطفال بالإنجاز عبر تدريبهم على مهارات ملائمة للمرحلة العمرية التي يهرون بها .
- تشجيع الطفل على ممارسة الضبط الذاتي.
- الحد من السلوكيات غير التكيفية عبر فنيات التجاهل وتكلفة الاستجابة .
- تزويد الأطفال بمجموعة من السلوكيات التكيفية البديلة عبر فنيات تشكيل السلوك .
- تقليل حاجة الأطفال للتعزيز الخارجي والمتواصل وذلك باستخدام جداول التعزيز المتناقص.
- تنمية قدرة الأطفال على التواصل الاجتماعي مع الآخرين لغوياً وسلوكياً .

الفئة المستهدفة :

يهدف هذا البرنامج التعامل مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين تتراوح أعمارهم من ٤-٦ سنوات ، وذلك باستخدام تعديل السلوك الفردي .

المدة الزمنية :

يتم تدريب الطفل لمدة نصف ساعة زمنية متواصلة على مدى شهرين ، وبواقع (١٥) جلسة تدريبية، وبمعدل مرتين أسبوعياً تقريباً.

السلوكيات المستهدفة :

الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه المتمثلة في كثرة الحركة والتنقل، قصر مدة الانتباه ، والاندفاعية .

طريقة سير البرنامج :

قبل البدء بتطبيق الجلسات التدريبية للبرنامج يقوم الأخصائي بالتعريف بنفسه أمام الأسرة والطفل ، ويتعرف على أسرة الطفل والطفل نفسه، ومن ثم يقوم بجمع المعلومات الضرورية عن حالة الطفل من ناحية التاريخ الطبي والصحي وهنا يطرح أسئلة مثل : هل تعرض الطفل لأمراض أو إصابات خطيرة خلال الطفولة المبكرة؟ هل يعاني من السقطات والحوادث بشكل متكرر؟ هل يعاني من اضطرابات في النوم ؟ ولجمع معلومات عن قدرات الطفل وتفاعله الاجتماعي يطرح أسئلة مثل : هل تقبل الطفل الروضة واندماج فيها ؟ ما هي الأدوات والألعاب التي يستمتع بها الطفل ؟ هل يجلس بهدوء لمشاهدة التلفاز ؟ هل يطيع الأوامر عندما توجه إليه ؟ هل هو عنيد أو عصبي أو عدواني ؟ أن جمع معلومات كافية عن الطفل تمكن الأخصائي من رسم صورة عن وضع الطفل الحالي وذلك لبناء خطة تعديل السلوك المتلائمة مع احتياجات الطفل وقدراته . كما يتم تطبيق قائمة تقدير سلوكيات الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بالتعاون مع أسرة الطفل . هذا ويعتمد الأخصائي إلى توفير بعض الألعاب لملاحظة مدى اهتمام الطفل بها وطريقته في اللعب الحر. ويطلب الأخصائي من الأسرة تحديد المعززات الأساسية بالنسبة للطفل لاستخدامها في الجلسات اللاحقة .

كما ويقوم الأخصائي بتقييم المستوى الأدائي والنمائي للطفل كي يتمكن من تدريبه على مهارات ملائمة لعمره ، حيث أنه مما لاشك فيه أن تقديم مهارات تدريبية أقل أو أعلى من مستوى الطفل تساهم في زيادة سلوكيات التشتت والحركة المفرطة لديه ، هذا ويتم تقييم مستوى أداء الطفل عبر استخدام قوائم التطور النمائي مثل مقياس الهيلب ستراند Help Strand الذي يعمل على المساعدة في تحديد العمر النمائي للطفل ، وطبيعة المهارات الملائمة لتدريبه عليها . واضعين بعين الاعتبار ضرورة تقييم المستوى اللغوي الحالي للطفل استقبالياً و تعبيرياً ، وذلك لتحديد طبيعة التوجيهات التي ستوجه للطفل عند صياغة أنظمة الجلسات ، أو تطبيق الاستراتيجيات العلاجية .

يركز الأخصائي خلال التقييم على تحديد نقطة القصور الأساسية لدى الطفل هل هي في بدء المهارة ، أو في الاستمرار في المهارة ، أو في التفاعل مع الآخرين لأداء المهارات ، أو في أبدء الاستعدادية للعمل ، أو في تمكن الطفل من السيطرة على الاندفاعية اللفظية والسلوكية خلال أداء المهارات .

كما ويعمل الأخصائي على قياس مدى انتباه الطفل (كمدى زمني) ، ومدى تكرار مغادرة الطفل لمقعده خلال التقييم لبناء خط قاعدي لسلوكياته يمكنه من تحديد التطورات الحاصلة على سلوكياته لاحقاً ، وذلك كي يتمكن من بناء خط قاعدي أولي لسلوكيات الطفل ليتم استخدامه لتقويم مدى تطور الطفل خلال البرنامج التدريبي ، ومدى فاعلية الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة .

قبل البدء بتنفيذ البرنامج يوضح الأخصائي للأسرة طبيعة البرنامج الذي سيقوم بتطبيقه، وأهدافه ، وآلية تطبيقه ، ويؤكد على أهمية التزام الأهل بإحضار الطفل للجلسات حسب مواعيدها وذلك لضمان أقصى فائدة ممكنة للطفل.

في ختام البرنامج يقوم الأخصائي بأجراء القياس البعدي لدراسة مدى تأثير أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه برنامج تعديل السلوك الفردي الذي خضع له الطفل .

محتوى الجلسات التدريبية :

الجلسة الأولى

الهدف العام للجلسة : توضيح أنظمة الجلسات للطفل.

الأهداف الخاصة : توضيح الأنظمة التالية للطفل :

- ١- لا بد من الجلوس على المقعد للحصول على الأدوات .
- ٢- لا يسمح بمغادرة المقعد خلال اللعب .
- ٣- يجب إنهاء المهارة قبل الحصول على غيرها .
- ٤- لا بد من التجاوب مع توجيهات الأخصائي للحصول على التعزيز .
- ٥- الأخصائي هو الذي يقود الجلسة وليس الطفل .
- ٦- استخدام التقييم المستمر لسلوكيات الطفل وتحديد المكاسب الثانوية منها .

النشاط المستخدم : عمل وجه من الكرتون (ماما،بابا).

أدوات النشاط : عيون بلاستيكية - قطن دائري - أعواد وبرية - قطعة كرتون دائرية بإحجام مختلفة - أعواد خشبية - قطع قماش.

وصف خطوات النشاط:

(١) بعد أن تقوم الأخصائية باستقبال الطفل والترحيب به تطلب منه الجلوس على الكرسي باستخدام جمل قصيرة وواضحة ، مؤكدة على أهمية التواصل البصري الفعال بين الطرفين ، ومستخدمة خلال ذلك تعبيرات جسدية وإيمائية واضحة وحازمة، وتقول للطفل "الحين نجلس على كرسيينا وما نقوم عشان نلعب باللعبة مع بعض ، وتعلن عن بدء النشاط بقولها "إيش نبغا نسوي اليوم؟" تعرض الأخصائية نموذج جاهز من النشاط وتقول "هذا وجه،وهذا فم.....وين فمك؟،وهذا انف"وتطلب من الطفل الإشارة إلى أنفه وعينه ، وتعززه على استجاباته الصحيحة .

- (٢) تسأل الأخصائية الطفل لتحفيزه "مين يبغى يسوي مثل هذا الوجه معي؟" وتقول الشاطر الجالس على الكرسي يعمل معي وجه .
- (٣) تضع الأخصائية العيون مع الشرح للطفل "هنا نضع العيون ،" وتقول للطفل الحين دورك تحط العيون ، وتسأل الطفل "مين يضع معي الأنف؟" وتعزز الطفل على انتظامه في الجلوس على المقعد بقولها " أنت شاطر تجلس على كرسيك عشان نلعب." وتضع الفم وتقول للطفل " الحين دورك تحط الفم أنا أعطيك وأنت تلصق" . وتقول للطفل "نلبس الوجه غترة مثل بابا هكذا" وتقوم بلصق الغترة بمساعدة الطفل حول الوجه ثم وضع العود الخشبي خلف الوجه الكرتوني وتقول "شوف صار وجه جميل له عيون وفم وانف.....". وفي حال مغادرة الطفل لمكانه توقف الأخصائية النشاط وتطلب من الطفل العودة لمقعده وفي حال رفضه لذلك تجبره على ذلك عن طريق أمسائه وإعادته لمقعده وتقول له إذا ما تجلس على كرسيك ما رح تلعب معي.
- (٤) تقوم الأخصائية بعمل الخطوات السابقة مع وضع قطعة قماش سوداء (لتكون مثل الطرحة) وتحفز الطفل على الانتباه عبر تقديم التعزيز اللفظي والمادي وتقول له: "شوف لبسناها طرحة مثل ماما". تقدم الأخصائية المساعدة الجسدية واللفظية والإيمائية وفقاً لحاجة الطفل.
- (٥) إذا فرغ الطفل من عمل النشاط الخاص به تحمله أمامه وتقول : "يا سلام فلان سوي وجه جميل، ايش حط فلان على الوجه؟ حط عيون وفم وانف ولبسه غترة مثل بابا، شاطر فلان نصفق له" ونعطيه حلاوة".
- (٦) تعزز الأخصائية الطفل لاستجابته لتعليماتها بقولها "عشان أنت شاطر تسمع الكلام، رح أعطيكالمعزز ". وتحرص على توجيه رسائل لفظية مباشرة وأخرى غير لفظية بأنها - أي الأخصائية - ستكون قائدة الجلسة ، وأنها ستقدم المعززات للطفل عندما يؤدي ما يطلب منه من مهمات . وتعلن عن انتهاء النشاط بقولها "الحين خلاص خلصنا النشاط نرجع الأشياء لمكانها ، وتصفق للطفل عند تجاوبه وتقول براافو، شاطر يساعد الأبله، وتقول له " الحين نروح البيت ، أيش نقول ؟ نقول مع السلامة". وتودع الطفل وتحفزه على توديعها قبل الخروج .

تكييف النشاط:

- أ- لتسهيل النشاط:
يمكن الاكتفاء بوضع العيون فقط دون العيون والفم.
- ب- لتعقيد النشاط:
١- أن يختار الطفل منذ بدء النشاط أي وجه يحب أن يركب (رجل-امرأة).
٢- أن يقوم الطفل بعمل نوعين وقت النشاط (الرجل والمرأة معاً).
٣- أن يقوم الطفل بلصق العود الخشبي بمفرده (خلف الوجه).
٤- يمكن إضافة معلومات للطفل أو تذكيره بها مثل (هذا الوجه مدور-دائرة) (العيون مدورة) (الفم خط مستقيم).....وهكذا.

الجلسة الثانية والثالثة والرابعة

الهدف العام للجلسات : : زيادة السلوكيات المرغوبة باستخدام التعزيز المادي.

الأهداف الخاصة : ١- توضيح طريقة الحصول على التعزيز المادي للطفل .

٢- بناء جدول التعزيز الملائم .

٣- تقديم المعززات المادية للطفل لزيادة مدى الانتباه وتقليل الحركة

والتنقل وأتباع التعليمات .

الأنشطة المستخدمة :

أولاً: طباعة أشكال هندسية.

أدوات النشاط : كرتون مقوى على شكل تاج / طباعة من البطاطس على شكل أشكال هندسية/ ألوان طباعة.

وصف خطوات النشاط:

١) تقوم الأخصائية باستقبال الطفل والترحيب به، وتطلب منه الجلوس على الكرسي ، ثم تلفت انتباهه قائلة: "شوف ايش هذا؟"، وتشير إلى الشكل المحفور على البطاطس وتشجع الطفل على الاستجابة وتعززه على انتباهه بإعطائه قطعة من المعزز الغذائي الخاص به مع التعزيز والتشجيع اللفظي . تسمي الأخصائية الأشكال الهندسية المرسومة على البطاطس (حسب مستوى الطفل) ، ثم تتبادل الدور مع الطفل وتسأله "ايش هذا الشكل؟" ، وترفع الدائرة ، منتظرة الإجابة الصحيحة من الطفل، وتعززه على الاستجابات الصحيحة(نفس الشيء على بقية الأشكال).

٢) تمسك الأخصائية الكرتون المقوى ، و تطلب من الطفل طباعة الأشكال عليه بقولها "ياالله يا فلان تبغي تسوي مع الأبله ؟ ياالله نطبع الأشكال". وتشجع الطفل وتعززه كلما حاول أداء المطلوب منه مادياً ولفظياً ، وتجعله يتبادل الدور معها في طباعة الأشكال، وفي حال عدم تعاون الطفل أو تشتت انتباهه تقوم الأخصائية بتحفيظه عبر استخدام نبرات صوت مشجعة قائلة : " شوف إذا طبعت الدائرة أعطيك ...المعزز". وترفض إعطائه المعزز في حال عدم تجاوبه، وقد تلجأ إلى تحفيظه عبر قيامها بتناول قطعة من معزز الطفل قائلة : " يا سلام أنا آخذ (المعزز) عشان أنا طبعت الدائرة ! إذا أنت تبغى أطبع الدائرة أعطيك " . وتسأله عن الشكل الذي طبعه (حسب مستوى الطفل).

٣) عند الانتهاء من الطباعة تقوم بارتداء التاج وعرضه على الطفل وتقول "شوف إحنا سوينا تاج كبير، وطبعنا عليه دائرة ، ومربع". وتحفز الطفل بسؤاله "مين الشاطر اللي عمل التاج؟" ، وتعززه على الانتباه والاستجابة.

٤) تقوم الأخصائية بمساعدة الطفل على تزيين تاجه ولبسه مبدية إعجابها بعمل الطفل لرفع مستوى شعوره بالإنجاز.

٥) عند انتهاء الوقت تعلن الأخصائية عن انتهاء النشاط وتساءل الطفل "ايش سوينا اليوم؟ ايش الأشكال اللي طبعتها؟"

ثم تطلب من الطفل إرجاع الأدوات المستخدمة إلى مكانها.

٦) وتقول له " الحين نروح البيت ، أيش نقول ؟ نقول مع السلامة". وتودع الطفل وتحفزه على توديعها قبل الخروج .

تكييف النشاط:

أ- لتسهيل النشاط:

سؤال الطفل عن شكل واحد من الأشكال، والاكتفاء بطباعة هذا الشكل.

ب- لتعقيد النشاط:

قومي بتكليف الطفل أن يطبع جميع الأشكال ، وأسأليه عن أسماء الأشكال وإشارة على جميع الأشكال، واطلبي من الطفل أن يقوم بنفسه بتدبيس حواف الكرتون كي يصبح على شكل تاج.

ثانياً : تصنيف الفواكه والخضراوات.

أدوات النشاط : فواكه مجسمة - خضراوات مجسمة - سلتان - سلة كبيرة.

وصف خطوات النشاط:

- ١) تقوم الأخصائية باستقبال الطفل والترحيب به، وتطلب منه الجلوس على الكرسي، ومن ثم تلفت انتباه الطفل بأن تسأله: "أيش في معي اليوم؟" ، وهي تحمل بعض الفواكه والخضراوات ، وتقوم بتعزيز الطفل في حال انتباهه وتقديره لاستجابة صحيحة بأن تعطيه قطعة من المعزز الخاص به مع الشناء عليه وتشجيعه.
- ٢) تحفز الأخصائية الطفل للاشتراك في النشاط وتقوم بعمل نموذج أمامه بأن تأخذ برتقالة مثلاً وتساءل "وين أحط البرتقالة؟، أحطها في السلة الحمراء" ثم تأخذ خياراً وتساءل "وين نحط الخيار؟، أحطها في السلة الزرقاء.....وهكذا".
- ٣) ثم تقول للطفل " الحين دورك ، إذا سويت صح رح أعطيك....المعزز " ، وتقوم بتقديم المعزز على كل خطوة يؤديها الطفل في إطار المهمة المطلوبة منه .
- ٤) تولى الأخصائية اهتماماً لتسمية الطفل للفواكه والخضراوات التي اختارها ، وتعززه مادياً ولفظياً على ذلك مستخدمة عبارات مثل " ممتاز ، وشاطر، وبرافو".
- ٥) تعطي الأخصائية المجال للطفل بأن يؤدي النشاط مرتين على الأقل لزيادة مدى انتباهه ، وزيادة قدرته على تكرار المهارة .
- ٦) تركز الأخصائية على قيام الطفل بنفسه بالتقاط الأدوات التي تقع منه خلال أداء النشاط قائلة : " فلان التفاحة وقعت على الأرض ، لو سمحت هاتها " ، وتعززه مادياً ولفظياً على تجاوبه ، وفي حال رفضه للتجاوب تقوم بتكرار الأمر عليه ، وإذا لم يتجاوب تعمل على إجباره على ذلك من خلال مسكه وتوجيهه جسدياً لإحضار ما سقط على الأرض .
- ٧) عند انتهاء النشاط تعلن الأخصائية عن ذلك بان تسأل الطفل " خلاص ، اليوم خلصنا لعب ، أيش سويانا اليوم" وتشجع الطفل على تقديم أية استجابة ملائمة لسؤالها ولو كانت بسيطة ، وتعززه حتى على محاولته للتجاوب مع سؤالها .

٨) ختاماً تطلب من الطفل إعادة الأدوات إلى أماكنها ، وتعززه على التجاوب ، وتقول له: " الحين نروح البيت ، أيش نقول ؟ نقول مع السلامة". وتودع الطفل وتحفره على توديعها قبل الخروج .

تكييف النشاط:

أ) لتسهيل النشاط:

استخدمي فاكهة واحدة وضعي وعاءً واحداً ينقل الطفل إليه المجسمات، كما انه بإمكانك إصاق صورة فاكهة على السلة وصورة خضار على السلة الأخرى لإعطاء الطفل دلالة حول مكان وضع الفاكهة التي بيده.

ب) لتعقيد النشاط:

استخدمي أنواع الفواكه والخضراوات المتعددة واطلبي من الطفل اختيار نوع معين من الفاكهة أو نوع معين من الخضار ووضعيها في السلة مع تسمية لون السلة المطلوب لزيارة عدد المشتتات التي يتعرض لها الطفل خلال عملية التصنيف.

الجلسة الخامسة والسادسة

الهدف العام للجلسة : : زيادة السلوكيات المرغوبة باستخدام التعزيز التفاضلي .

الأهداف الخاصة : ١- استخدام فنيات التعزيز التفاضلي للسلوك غير المتوافق أو النقيض.

٢- توضيح طريقة التعزيز للطفل .

٣- تقديم المعززات للطفل لزيادة مدى الانتباه وتقليل الحركة والتنقل

وأتباع التعليمات .

النشاط المستخدم : تلوين ولصق

أدوات النشاط : مجسم النخلة، أطباق فيها صورة النخلة، صور تمر ملون، صور تمر غير ملون، ألوان خشبية، صمغ.

وصف خطوات النشاط:

١) تقوم الأخصائية بلفت انتباه الطفل بعد جلوسه على مقعده ، بأن تسأله وهي تشير بيدها إلى النخلة : "شوف يا فلان

أيش هذي؟" وتنتظر من الطفل الاستجابة ، وتعززه إذا تمكن من تسميتها ، وفي حال عدم تمكنه تقول : "هذي نخلة"

وتسأله "أيش تعطينا النخلة ؟ " ، وتساعده في الإجابة " تعطينا النخلة التمر".

٢) تقول الأخصائية "أيش لون التمر اللي نأخذه من النخلة" وتساعده في الإجابة بان تقول "تمر احمر، تمر أصفر، والتمر

يقوينا ويغذيينا ويخلينا أبطال عشان كذا لازم نأكله"، وخلال ذلك تعرض عليه بعض حبات التمر الحقيقية ، و تعزز

الطفل على جلوسه على مقعده ، وانتباهه على المهارة التي أمامه ، وأتباعه لتعليماتها ، وعدم اندفاعه لفظياً وسلوكياً .

٣) تعرض الأخصائية على الطفل مجسم النخلة ، وتقوم بإمسك صورة التمر الملونة وتقول "وين مكان التمر ؟ وين نحطه؟"

وتلصق الأخصائية صورة التمر في مكانها المناسب.

- ٤) تطلب الأخصائية من الطفل أن يقوم بتلوين التمر الخاص به بلونه المفضل وأن يثبتته على النخلة، وتعززه على انخراطه في التلوين قائلة : " أنت ولد شاطر تلون بشكل حلو".
- ٥) تقوم الأخصائية بإعطاء الطفل أحد الأطباق المرسوم عليها نخلة وتطلب منه أن يقوم بلصق النوى (الفصم) ، بعد أن تقوم هي أولاً بلصق النوى على جذع النخلة أمام الطفل، وتعززه على تجاوبه مع تعليماتها متجاهلة أي خروج للطفل عن إطار المهمة المطلوبة منه .
- ٦) بعد أن ينتهي الطفل من لصق النوى على جذع النخلة ، تقوم الأخصائية بإعطائه أجزاءً مقطعةً من سعف النخل وتسأله: " أيش لون السعف ؟ " ، وتنتظر من الطفل الاستجابة ، وتعززه إذا تمكن من تسمية لونها ، وفي حال عدم تمكنه تساعده على الإجابة وتقول : " لون السعف اخضر " وتطلب منه أن يلصق السعف على النخلة.
- ٧) تعزز الأخصائية الطفل على عمله وتطلب منه أخذه كي يريه أمه.
- ٨) تعلن الأخصائية انتهاء وقت النشاط وتطلب من الطفل ترجيع الأدوات وإعادة ترتيب المكان ، وتذكره " لما نبغى نطلع أيش نقول ؟ نقول مع السلامة". وتودع الطفل وتحفره على توديعها قبل الخروج .

تكييف النشاط:

أ) لتسهيل النشاط:

الاكتفاء بذكر لون واحد من التمر، وتطلب الأخصائية من الطفل تلوين صورة شجرة النخيل فقط.

ب) لتعقيد النشاط:

تطلب من الطفل لصق النوى على جذع النخلة باستقلالية، وذكر ألوان التمر، وذكر فائدة التمر.

الجلسة السابعة و الثامنة

الهدف العام للجلسة : زيادة السلوكيات المرغوبة باستخدام جداول التعزيز

المتغيرة(الاستجابات المتغيرة) .

الأهداف الخاصة : ١- بناء جدول تعزيز متغير .

٢- تقديم المعززات للطفل لزيادة مدى الانتباه وتقليل الحركة والتنقل

وأتباع التعليمات بشكل متقطع.

الأنشطة المستخدمة:

أولاً : تصنيف ملابس الولد والبنت.

أدوات النشاط : ملابس للولد والبنت - علاقات - سلتين - مجسم دمية ولد وبنت .

وصف خطوات النشاط:

- ١) تقوم الأخصائية باستقبال الطفل والترحيب به، وتطلب منه الجلوس على الكرسي، وتطرح عليه بعض الأسئلة لتنمية قدرته على التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به مثل " كيف حالك ؟ مع مين جئت اليوم ؟ ملابسك حلوه مين اشتراها ؟ .
- ٢) تعرض الأخصائية على الطفل ملابس الولد وملابس البنت وتقول له: "شوف أيش عندنا؟" وتنتظر من الطفل الاستجابة ، وتعززه إذا تمكن من تسمية الملابس، وفي حال عدم تمكنه تساعده على الإجابة وتقول "عندنا ملابس الولد وملابس البنت" . و تسمي قطع الملابس المتوفرة مع عرضها أمام الطفل، مثلاً "أيش هذا؟ هذا فستان" ، "مين اللي يلبس الفستان؟ اللي يلبس الفستان البنت" . وين نعلق الفستان؟، نعلق بجانب العروسة البنت" مع الإشارة للعروسة ، ثم تقوم بتعليق الفستان أمام الطفل ليشاهد طريقة تعليق الفستان، وتكرر ذات الطريقة مع ملابس الولد.
- ٣) تسال الأخصائية الطفل لتحفيزه "مين يبغى يسوي مثلي؟".
- ٤) تبدأ الأخصائية بالتقليل من التعزيز المتواصل والمكثف الذي كان يستخدم في الجلسات التدريبية الأولى ، وذلك عن طريق استخدام جدول تعزيز متغير مرتكز على الاستجابات المتغيرة ، كي تقلل من اعتمادية الطفل على المعززات لأداء السلوكيات المرغوبة وعليه تعزز الطفل على قيامه بتعليق الملابس بجانب دمية الولد ودمية البنت بشكل متقطع.
- ٥) تثير الأخصائية جواً من الحماس والتشجيع من خلال جعل النشاط يبدو كالسباق بينها وبين الطفل.
- ٦) تعزز الأخصائية الطفل لكونه الأسرع قائلة : " أنت بطل سبقتني وعلقت كل الملابس، رح أعطيك ...المعزز " .
- ٧) قبل انتهاء الوقت بخمس دقائق تشعر الأخصائية الطفل بانتهاء الوقت وتقول : " خلاص خلصنا اللعبة ، وخطينا ملابس الولد في سلته وملابس البنت في سلتها . أنت يا فلان ولد ولا بنت ؟ أيش تلبس ؟ " وتنتظر من الطفل الاستجابة ، وتعززه إذا تمكن من تسمية جنسه ، والملابس التي يرتديها، وفي حال عدم تمكنه تساعده على الإجابة.
- ٨) تطلب الأخصائية من الطفل ترجيع الأدوات وإعادة ترتيب المكان ، وتذكره " لما نبغى نطلع أيش نقول ؟ نقول مع السلامة" . وتودع الطفل وتحفره على توديعها قبل الخروج .

تكييف النشاط:

(أ) لتسهيل النشاط:

اعلمي على اختيار نوع واحد من الملابس واطلبي من الطفل أن يقوم بتعليقها مع وجود سلة واحدة والإشارة أما لمجسم البنت أو الولد على حسب نوع الملابس (الواحدة) التي سيقوم بتعليقها الطفل.

(ب) لتعقيد النشاط:

اطلبي من الطفل أن يقوم بتصنيف ملابس الولد والبنت لوحده. واطلبي منه أن يسمي الولد والبنت ونوع الملابس الموجودة. ويمكن أن تضعي الفستان (مثلاً) مع عدد من ملابس الولد واطلبي من الطفل استخراجها أو الإشارة إليه .

ثانياً :

النشاط المستخدم : يكرر أي من الأنشطة السابقة وفقاً لتقدير الأخصائية ، مع مراعاة تقديم المعززات على استجابات متغيرة تساعد على زيادة مدى انتباه الطفل ، وزيادة قدرته على ضبط ذاته ، وتحد من أندفاعيته ، نظراً لأنه يكون في حالة انتظار للتعزيز تدفعه للاستمرار في الأداء، كما أن السلوك المكتسب بفعل التعزيز المتقطع يكون أكثر قابلية للاستمرارية بعد انقطاع التعزيز، وتحدد الأخصائية بناءً على شدة سلوكيات الطفل الاستجابات التي ستقوم بتعزيز الطفل عليها، ومدى تباعد مرات التعزيز عن بعضها البعض.

الجلسة التاسعة والعاشر

الهدف العام للجلسة : استخدام تقنيات التجاهل المنظم أو الإطفاء .

الأهداف الخاصة : ١- تجاهل السلوكيات غير المقبولة .

٢- إلغاء أي شكل من أشكال المعززات التي تحافظ على استمرارية

السلوك غير المرغوب .

٣- تقديم المعززات للسلوكيات المرغوبة

النشاط المستخدم: طباعة أشكال الفواكه.

أدوات النشاط : قميص قطني أبيض/ قطعة قماش بيضاء - ألوان طباعة- شفافيات مفرغة على أشكال الفواكه .

وصف خطوات النشاط:

- ١) بعد دخول الطفل وجلسه على مقعده تقوم الأخصائية بلفت انتباه الطفل بأن تقول "أيش بدنا نعمل اليوم؟" وترسم على وجهها علامات الحيرة وهي تخرج أدوات النشاط وتوضح قائلة " نبغى نطبع مثل هذه الفواكه على البلوزة بألوان حلوة".
- ٢) تعرض الأخصائية على الطفل نموذج لبلوزة سبق وان تمت الطباعة عليها كي تكون بمثابة محفز لطفل ،وتقول "شوف أيش مطبوع على هذه البلوزة؟" و تساعد الطفل على تسمية الفواكه المطبوعة على البلوزة القطنية ، وتحديد ألوانها. ثم تسأل الطفل " تبغى تسوي مثل هذا البلوزة وتطبع عليه بالألوان؟!".
- ٣) تطلب الأخصائية من الطفل لبس المرايل الخاصة بالتلوين.
- ٤) تسكب الأخصائية احد الألوان في صحن وتحضر الشفاف المفرغ على شكل تفاحة وتغمسه باللون الأحمر، ثم تضعه على التي شيرت وتقول "الله تفاحة لونها احمر" ثم تسأل "مين يبغى يسوي زي الأبله؟" وهكذا الموز ثم البرتقال وتقوم الأخصائية بالتركيز على السلوكيات الايجابية الصادرة من الطفل وتتجاهل تماماً أي سلوك سلبي فمثلاً إذا أندفع الطفل في الكلام خلال الجلسة عن موضع خارج عن إطار المهمة التي أمامه فإن الأخصائية تتجاهله تماماً ، ولا تنخرط معه في الحديث ، بل تعيده لأداء المهمة المطلوبة منه .
- ٥) تعطي الأخصائية الوقت الكافي للطفل للاستمتاع بالنشاط والطباعة بالألوان ، وخلال ذلك تعمل على تسمية الفواكه المختلفة ، وتشجع الطفل على تسميتها وفقاً لقدراته ، وتستمر في تجاهل جميع السلوكيات غير المرغوبة التي ترى بأن الطفل يهدف من خلالها على الحصول على الانتباه ، أو إزعاج ومضايقه الأخصائية ، أو التملص من أداء الأوامر التي توجه إليه . وخلال تطبيق هذا الأسلوب تراعي الأخصائية عدم أظهار أي شكل من أشكال الانتباه للسلوك غير المرغوب سواء كان على المستوى اللفظي المباشر أو على المستوى الجسدي أو التعبيري غير المباشر.
- ٦) عند انتهاء النشاط تعلن الأخصائية عن ذلك بان تقول "خلاص خلصنا، يالله نغسل يدينا وننظف المكان ونرجع الأدوات إلى مكانها" ، وتستمر في استخدام تقنيات التعزيز التي بدأت في استخدامها في الجلسات السابقة للسلوكيات المرغوبة .
- ٧) تخبر الأخصائية الطفل بأنه سيأخذ البلوزة التي عملها إلى البيت كي تشوفها ماما. وتذكره " لما نبغى نطلع أيش نقول ؟ نقول مع السلامة". وتودع الطفل وتحفزه على توديعها قبل الخروج .

الجلسة الحادية عشر

الهدف العام للجلسة : إعادة التقييم .

الأهداف الخاصة : ١- تحديد مستوى الأداء الحالي للطفل .

٢- بناء خط قاعدي لسلوكيات الطفل .

٣- مقارنة الخط القاعدي الحالي بالخط القاعدي الأولي .

٤- تقويم الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة وأدراج أماكنها استخدام

استراتيجيات علاجية جديدة .

خطوات سير الجلسة :

يقوم الأخصائي بإعادة تقييم الطفل لتقويم الاستراتيجيات المطبقة في الجلسات التدريبية ، ويعمل الأخصائي على قياس مدى انتباه الطفل الحالي ، ومدى تكرر مغادرته لمقعده ، ومدى استجابته لتوجيهات الأخصائي ، ومن ثم يقوم ببناء خط قاعدي لسلوكيات الطفل يعمل على مقارنته بالخط القاعدي الأولي لتحديد مدى فاعلية الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة لغاية الآن ، وهنا تتضح لدى الباحث فيما إذا كان هناك حاجة لإدخال الاستراتيجيات الهادفة إلى تقليل السلوكيات غير المرغوبة.

الجلسة الثانية عشر

الهدف العام للجلسة : استخدام أساليب بدائل العقاب.

الأهداف الخاصة : ١- استخدام تقنيات التصحيح الزائد التعويضي .

٢- توضيح طريقة التصحيح الزائد للطفل .

٣- الاستمرار في تقديم المعززات للطفل عند إظهاره السلوكيات

المرغوبة .

النشاط المستخدم : عمل قناع للوجه.

أدوات النشاط : ورق ملون - صمغ - مقص - مطاط - ورق كريشة.

وصف خطوات النشاط:

- ١) تقوم الأخصائية بلفت انتباه الطفل بعد جلوسه بانتظام وتقول "أيش نبغا نسوى اليوم؟" "نبغا نسوى وجه".
- ٢) تعرض الأخصائية على الطفل نموذج من العمل مجهز ونقوم بارتدائه وتساءل الطفل "حلو الوجه الي ألبسه؟" ثم تحفز الطفل لاستكشافه وتساءله " تبغى تحطه على وجهك؟".
- ٣) تعرض الأخصائية على الطفل الوجه وتقول له " شوف نبغا نقص وجه ألك ، شو رأيك؟". تقوم الأخصائية في هذه الجلسة بتفعيل تقنيات التصحيح الزائد التعويضي-، حيث تطلب من الطفل إعادة البيئة إلى وضعها المرتب عندما يظهر سلوك غير ملائم ، فمثلاً عندما يقوم الطفل برمي الأدوات على الأرض تجبره الأخصائية على إعادة جميع الأدوات عن الأرض ، وأعادتها إلى صندوق الأدوات وترتيب المقاعد مثلاً ، حتى لو أظهر رفضه لذلك.
- ٤) تقوم الأخصائية بقص الوجه بمشاركة الطفل لافتة انتباهه لأجزاء الوجه التي تقوم بقصها ، حيث تقول "الحين نبغا نقص مكان العيون عشان نشوف". و تشجع الطفل بسؤاله "أيش راح نسوى بعد ما قصينا الفم والعيون؟ أيش ناقص في الوجه؟" وتترك فرصة للإجابة ، وتعزز الطفل على الاستجابات الصحيحة ، ومن ثم تقوم بمساعدة الطفل على إلصاق الكريشة والورق الملون.

- ٥) تخرم أطراف الورقة من اجل إدخال المطاط داخل الأذنين وتطلب من الطفل الذي لديه القدرة أداء المهمة بنفسه.
- ٦) تعطي الأخصائية الورق للطفل وتسأله "مين يبغى يسوي وجه له؟" وتحرص الأخصائية على أن يقوم الطفل بتعديل البيئة المحيطة منه كلما أصدر سلوكاً غير مقبول على أن تتأكد أولاً أن مثل هذا الإجراء غير محبب للطفل ، وأنه لا يستمتع بالخروج عن إطار أداء المهارة وفي حال لم تتأكد من ذلك فإنها تركز على استخدام تقنيات التجاهل المنظم لإطفاء السلوكيات غير المرغوبة .
- ٧) تطلب الأخصائية من الطفل أن يأخذ الورقة الخاصة به ويقص الوجه ، والعيون ، ويضع عليه الفم ، والأنف ، ويضع ورق كريشة في أعلى الوجه وتطلب من الطفل تسمية كل جزء من الرأس على حسب قدراته.
- ٨) تعزز الأخصائية الطفل بعد انتهائه من أداء خطوات النشاط بعرض الوجه الذي أعده الطفل وتقول (وجه جميل) شاطر يا فلان، لما تروح على البيت خلي ماما تشوفه.
- ٩) تعلن الأخصائية عن انتهاء النشاط بقولها "يلاً يا شاطر نرجع الأدوات لمكانها عشان نروح على البيت" وتطلب منه أن يأخذ الوجه معه.
- ١٠) تذكر الأخصائية الطفل " لما نبغى نطلع أيش نقول ؟ نقول مع السلامة". وتودع الطفل وتحفزه على توديعها قبل الخروج

تكييف النشاط:

(أ) لتسهيل النشاط:

الاكتفاء بجزء واحد يسميه الطفل من أجزاء الجسم يخدم الهدف الموضوع للطفل. والاكتفاء بوضع الفم والأنف وعدم القص.

(ب) لتعقيد النشاط:

تطلب الأخصائية من الطفل أن يستخدم المقص بدون مساعدة. وأن يضع الألوان والشعر بدون مساعدة. و أن يخرم ويضع المطاط كي يلبس الوجه الذي صنعه.

الجلسة الثالثة و الرابعة عشر

الهدف العام للجلسة : استخدام تقنيات تشكيل السلوك .

الأهداف الخاصة : ١- استخدام النمذجة .

٢- التعزيز المنظم للسلوك المستهدف .

٣- الانتقال بشكل منظم من مستوى أداء إلى آخر .

٤- تفعيل بعض تقنيات التعميم للسلوكيات المكتسبة .

النشاط المستخدم : عمل بطاقة لماما.

أدوات النشاط : بطاقات - ألوان - صمغ - مقصات - تترتر - لمعة.

وصف خطوات النشاط:

- ١) تقوم الأخصائية بلفت انتباه الطفل بعد جلوسه بانتظام وتقول "أيش نبغا نعمل اليوم؟" "نبغا نكتب ونلون بطاقة ونهديها لماما.."، وتعزز الطفل على انتباهه وتجاوبه .
- ٢) تعرض الأخصائية على الطفل البطاقة وتقول للطفل "شوف يا فلان هذه البطاقة بدنا نهديها لماما". وتبدأ الأخصائية بالتركيز على السلوكيات المرغوبة والمتوافقة مع المرحلة العمرية للأطفال ما قبل المدرسة مثل الشكر ، والاستئذان ، والسلام عند الدخول والتوديع عند الخروج ، والعمل بهدوء ، والاستمرارية في أداء مهارة ما دون مراقبة مكثفة من البالغين .
- ٣) تقوم الأخصائية بثني البطاقة أمام الطفل لعمل نموذج، ثم تبدأ بالتلوين أمامه ، وتشرح له ما تقوم بفعله "شوف أنا ألوّن بطاقة بألوان جميلة لماما.." وتسمي اللون الذي تلوّن به "ألون الآن باللون الأحمر(مثلاً)" ، ثم تقوم بقص الإهداء وتقول للطفل "شوف نمسك المقص ونقص...وهكذا" ، ثم تلصق الإهداء داخل البطاقة أمام الطفل ، وتقرأ له الإهداء بصوت واضح "ماما الحبيبة..لونت مع معلمتي هذه البطاقة لأهديها لك...".
- ٤) تعطي الأخصائية البطاقات والألوان للطفل وتساءل "مين الشاطر اللي يبغى يكتب ويلون لماما؟" وتعزز الطفل على انتباهه وتجاوبه.
- ٥) تسأل الأخصائية الطفل عندما تعطيه الأدوات " لما أحد يعطينا شيء شو بنقول له ؟ " وتوجهه بقولها " نقول شكراً" وتعززه لتقليده إياها .
- ٦) تطلب الأخصائية من الطفل أن يأخذ البطاقة الخاصة به ، وتلوّن الصورة ، ثم قص الإهداء ، ولصقه داخل البطاقة ، مع التحدث مع الطفل لتحفيزه وإطالة مدى انتباهه "أي بطاقة تبغى تأخذ صورة الولد ولاّ البنّت؟"، "أنت بتلون بأي لون؟"، "مين فينا يحب ماما يسوي بطاقة جميلة لها؟".
- ٧) تراعي الأخصائية الفروق الفردية بين الأطفال عند أداء النشاط ، وذلك بتقديم بالمساعدة الجسدية واللفظية على حسب احتياج الطفل لذلك ، وتشجع الطفل على استخدام الكلمات الاجتماعية مثل شكراً ، ولو سمحت أعطيني...، وتقوم بتعزيزه مادياً ولفظياً بشكل منتظم عند أدائها.
- ٨) تعزز الأخصائية الطفل بعد انتهائه من أداء خطوات النشاط بعرض بطاقته قائلة "يا سلام فلان سوي بطاقة جميلة لماما"، "شاطر فلان".
- ٩) تعلن الأخصائية عن انتهاء النشاط بقولها "يللاً يا شاطر نرجع الأدوات لمكانها" وتطلب منه أن يأخذ بطاقته ليعطيها لأمه ، وأن يسلم عليها ويودعها قبل الخروج .

تكييف النشاط:

٣) لتسهيل النشاط:

الاكتفاء بلون واحد يكون من أهداف الطفل مثلاً ليلون به..أو الاكتفاء يثني البطاقة فقط

٤) لتعقيد النشاط:

أن يثني الطفل الورقة بمفرده ويقوم بقص الإهداء ثم لصقه بمفرده. وأن يضع الطفل بين التلوين اللمعة والترتر ويزين البطاقة كما يريد. وأن يقوم بكتابة اسمه .

ثانياً :

النشاط المستخدم : يكرر أياً من الأنشطة السابقة وفقاً لتقدير الأخصائية ، مع مراعاة التركيز على إكساب الطفل السلوكيات الاجتماعية المرغوبة والمتوافقة مع المرحلة العمرية لأطفال ما قبل المدرسة ، نظراً لافتقار الطفل المصاب بفطرية الحركة و تشتت الانتباه أحياناً ، إلى مثل هذه السلوكيات ، وفي هذه المرحلة التدريبية يفترض أن تكون قدرة الطفل على السيطرة على سلوكياته أصبحت أعلى ، الأمر الذي يؤهله إلى اكتساب سلوكيات جديدة، وتبدأ الأخصائية بتعليم الطفل السلوكيات المرغوبة من خلال مذجتها أمامه ، ومن ثم الانتقال بشكل منظم من مستوى أداء إلى آخر ، وذلك لمساعدة الطفل على اكتساب السلوكيات وممارستها لاحقاً بشكل تلقائي . وخلال هذه الجلسات التدريبية الأخيرة ، تبدأ الأخصائية بإدخال بعض المشتتات للبيئة التدريبية مثل وضع صندوق الأدوات فوق طاولة التدريب أثناء الجلسة ، عدم إغلاق باب غرفة التدريب، بشكل تام ، إعطاء المهارة للطفل والابتعاد جسدياً عنه ، تقليل الأوامر الموجهة للطفل خلال أداءه للمهارة ، وذلك بهدف المحافظة على استمرارية السلوكيات التكيفية بعد توقف البرنامج .

الجلسة الخامسة عشر

الهدف العام للجلسة : التقييم النهائي والإنهاء .

الأهداف الخاصة : ١- إعادة تطبيق مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل .

٢- إنهاء البرنامج التدريبي وتوديع الطفل .

خطوات سير الجلسة :

خلال هذه الجلسة يقوم الأخصائي بتطبيق أداة القياس البعدي والتي هي مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل ، وذلك بهدف المقارنة بين أداء الطفل قبل وبعد البرنامج التدريبي ، وتحديد التغيرات التي حصلت على سلوكيات الطفل .
وفي ختام الجلسة يقوم الأخصائي بتوديع الطفل ، وشكر الأهل على تعاونهم بإحضار الطفل للجلسات التدريبية ، والتزامهم بالمواعيد ، كما يقوم بالإجابة على استفساراتهم إذا وجدت ، كما قد يطلب من أسرة الطفل بعض التغذية الراجعة حول طبيعة سلوكيات الطفل حالياً في المنزل ، وفيما إذا كانت الأسرة تلاحظ وجود أية تغييرات سلوكية على طفلها .
تعليمات عامة عند تطبيق البرنامج :

- قم ببناء علاقة ودية مع الطفل .
- احرص على إشعار الطفل ببدء الجلسة وانتهائها بطريقة مباشرة وغير مباشرة .
- نمّي المهارات الاجتماعية لدى الطفل من خلال السلام عليه عند الدخول وتوديعه عند الخروج ، و احرص على أن يرد الطفل عليك بالمثل .
- التواصل البصري جزء أساسي ومهم لنجاح البرنامج لذا لا بد من أن تنظر في عيون الطفل بشكل مباشر وأن يبادلك الطفل ذلك .
- عند العمل مع الأطفال لا بد من استخدام جمل قصيرة وواضحة وعدم توجيه أكثر من أمر واحد في الجملة الواحدة .
- لا بد من التنوع بنبرات الصوت وملامح الوجه لإيصال الرسائل المرافقة للتعزيز وتكلفة الاستجابة .
- إن الجلوس على كرسي يماثل كرسي الطفل في الارتفاع يجعلك مقابلاً له ويسهل عملية التواصل البصري ، أما الجلوس على كرسي مرتفع لا يساعد على ذلك .
- احرص على تعزيز الطفل على كل نجاح أو تطور في الأداء حتى لو كان بسيط لما في ذلك من أهمية في زيادة مدى الانتباه وتقليل تشتته وحركته .
- قم بزيادة مستوى تعقيد المهمة وفقاً لمُدَى تجاوب الطفل وحاول التنوع في المهارات والأدوات كي تستطيع جذب انتباه الطفل من ناحية وتساعد على تعميم المهارات المكتسبة من ناحية أخرى .
- زد من قدرة الطفل على إتباع التعليمات وتنمية الانتباه الانتقائي من خلال إعطائه بعض الأوامر عن بعد عندما يكون مستعداً لذلك .

ملحق (٧)

البرنامج التدريبي الثاني : برنامج الإرشاد والتدريب الأسري .

الهدف العام من البرنامج :

يهدف البرنامج إلى تدريب أمهات وآباء الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه على مجموعة من المهارات اللازمة لإدارة سلوكيات أطفالهم في المنزل بهدف مساندة وتدعيم التقنيات المستخدمة خلال الجلسات الفردية لتعديل السلوك .

الأهداف الخاصة للبرنامج :

- تزويد الأسرة بمعلومات أساسية حول طبيعة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من ناحية الأسباب ، وطرق التشخيص ، وطرق العلاج .
- توعية الأسرة حول الدور الذي تلعبه في تشكيل وتقوية السلوكيات غير المرغوبة لدى أطفالهم .
- تعريف الأسرة بأهمية المشاركة المتكاملة مع المعالج للحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى طفلهم .
- تدريب الأسرة على وضع أو تعديل الأنظمة والقوانين المنزلية الخاصة بهم والتي تساهم بدورها في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- تدريب الأسرة على استخدام تكتيكات تعديل السلوك في إدارة سلوكيات طفلهم .
- تدريب الأسرة على كيفية استخدام مهارات مثل : التعزيز ، والتعزيز التفاضلي ، و تشكيل السلوكيات المرغوبة ، وإجراءات الحد من السلوكيات غير المرغوبة ، وتنمية القدرة على التعبير عن المشاعر للطفل لفظياً وجسدياً ، واليات التواصل الفعال مع الطفل .

الفئة المستهدفة :

يهدف البرنامج لتدريب والدي الأطفال الذين يعانون من باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذين تتراوح أعمارهم من ٤-٦ سنوات ، ويبلغ عددهم (١٥) والد ووالدة طفل يعاني من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

المدة الزمنية :

تستغرق الجلسة التدريبية الواحدة ثلاثين دقيقة ، وتعقد بعد انتهاء جلسات تعديل السلوك الفردية للطفل مباشرةً ، ، وعلى مدى خمسة عشر لقاء .

محتوى الجلسات التدريبية :

الجلسة الأولى

الهدف العام للجلسة : تمهيد و بناء علاقة ودية مع الأسرة .

الأهداف الخاصة : ١- توضيح طبيعة البرنامج التدريبي ، وأهدافه ، ومدته ، والواجبات.

٢- مناقشة عوامل نجاح البرنامج وهي السرية ، والمواظبة والحضور، والالتزام بالمواعيد ، وأداء الواجبات

المنزلية .

٣- تطبيق المقياس القبلي لمعاملة الأهل لأبنائهم المصابين باضطراب

فرط الحركة وتشتت الانتباه.

خطوات سير الجلسة :

بعد أن يكون قد تم التعارف بين الأخصائي وأسرّة الطفل خلال جلسة تعديل السلوك الفردي الخاصة بالطفل ، يقوم بتزويد الأسرة ببعض المعلومات حول برنامج تدريب الوالدين قائلاً : " أن برنامج تدريب الوالدين موجه لوالد ووالدة الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لتزويدهم بالمعلومات الضرورية حول طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه طفلهم ، بالإضافة إلى إكسابهم المهارات الأساسية اللازمة لإدارة سلوكيات الطفل في المنزل، وتدعيم التقنيات التي يقوم الأخصائي بتدريب الطفل عليها خلال جلسات التدريب الفردي." وهنا يسعى الأخصائي إلى الحصول على تأكيد من الأهل حول رغبتهم بالمشاركة في البرنامج والالتزام بمواعيده ومحتوياته ، ومن ثم ينتقل لتوضيح أهداف البرنامج مثل توعية الأسرة حول الدور الذي تلعبه في تشكيل وتقوية السلوكيات غير المرغوبة لدى أطفالهم ، و تدريبهم على وضع أو تعديل الأنظمة والقوانين المنزلية الخاصة بهم والتي تساهم بدورها في الحد من آثار اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، و تدريبهم على استخدام تكتيكات تعديل السلوك في إدارة سلوكيات طفلهم ،.... الخ .

هذا ويؤكد الأخصائي على أن هذا البرنامج قد يتطلب منهم إجراء بعض التعديلات في بيئتهم المنزلية ، كما سيتطلب تبني أسلوباً حازماً خلال التعامل مع الطفل الأمر الذي قد يجعله عصبي المزاج وكثير الصراخ أحياناً ، وبخاصة في الفترة الأولى من تطبيق التقنيات العلاجية ، كما أن السلوكيات غير المرغوبة والمستهدفة بالتعديل قد تزداد في البداية ومن ثم سوف تأخذ بالانخفاض التدريجي . في ختام الجلسة يشكر الأخصائي الأهل ويقوم بالإجابة عن أسئلتهم واستفساراتهم .

الواجب البيئي : يقوم الأخصائي بتكليف الأهل بتطبيق مقياس المعاملة الوالدية الذي يوضح كيفية تعامل الأم مع طفلها المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في الوقت الراهن، ويطلب منهم الإجابة عنه بكل موضوعية ، وعدم التردد في طرح أي استفسار حول بنود وعبارات المقياس ، نظراً لأن غرضه علمي صرف .

الجلسة الثانية

الهدف العام للجلسة : تقييم البيئة الأسرية .

الأهداف الخاصة : ١- مناقشة أداء الأهل للواجب البيتي السابق .

٢- جمع معلومات عن طبيعة التركيب الأسري .

٣- جمع معلومات حول تأثير الاضطراب الذي يعاني منه الطفل على

الجو الأسري عموماً .

خطوات سير الجلسة :

يبدأ الأخصائي الجلسة بمناقشة استجابات الأهل على مقياس المعاملة الوالدية ، والإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم بالخصوص ، ومن ثم يطرح على الأهل بعض الأسئلة حول طبيعة بيئتهم الأسرية بشقيها المكاني و الاجتماعي وذلك لتقييم الوضع الأسري الخاص بهم ويطرح أسئلة مثل: كم أحياناً وأحياناً لدى الطفل ؟ أيهم أقرب للطفل ؟ كيف يتفاعل ويلعب الطفل مع أخوته ؟ كيف يتفاعل الطفل مع والدته ؟ هل يتجاوب الطفل مع والده ؟ هل يقيم أي من الأقارب مع الأسرة في ذات المنزل ؟ كم عدد غرف المنزل ؟ أين ومع من ينام الطفل ؟ هل يوجد في المنزل حديقة خارجية ؟ ما هي الأنشطة التي يمارسها الطفل فيها ؟ أين يقضي الطفل معظم وقته عندما يكون في المنزل ؟ الخ .

أن جمع معلومات كافية عن البيئة الأسرية تمكن الأخصائي من رسم صورة عن وضع الطفل في منزله ، الأمر الذي يجعل من توجيهاته للأسرة أكثر ارتباطاً بوضعهم الحالي، وأكثر موازنة لاحتياجاتهم ، وأكثر فاعلية . واضعين بالاعتبار أهمية مراعاة الأخصائي لفردية وخصوصية كل أسرة .

في الجزء الأخير من الجلسة يركز الأخصائي على مناقشة تأثير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه الذي يعاني منه الطفل عليه أولاً، ومن ثم على والديه ، وعلى باقي أفراد أسرته ، ويشجع الأسرة على التعبير بحرية وكشف الذات فيما يتعلق بمشاعرهم ضمن إطار هذا الموضوع. وقد يستخدم الأخصائي عبارات مثل " من الطبيعي أن تشعروا بالضغط النفسية بسبب الاضطراب الذي يعاني منه الطفل . ليس عليكم الشعور بالذنب حيال مشاعركم لما يسببه اضطراب الطفل ."

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة تدوين أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه التي يلاحظونها على طفلهم وذلك لمناقشتها في الجلسة القادمة .

الجلسة الثالثة

الهدف العام للجلسة : تزويد الأهل بمعلومات عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

الأهداف الخاصة : ١- مناقشة الأهل بأعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

٢- مناقشة الخيارات العلاجية المتوفرة .

٣- استعراض الاضطرابات النمائية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة

وتشتت الانتباه .

خطوات سير الجلسة :

يقوم الأخصائي بسؤال الأهل عن أدائهم للواجب البيتي ، ويناقش بعض بنوده معهم خلال طرحه للحقائق العلمية المثبتة حول اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، ويبدأ باستعراض الأعراض الأساسية لهذا الاضطراب والتي هي فرط الحركة التي تجعل الطفل وكأنه في حالة دائمة من النشاط وينقل من نشاط إلى آخر بعشوائية وبطريقة غير هادفة ودون توقف حتى لو طلب منه ذلك . وضعف الانتباه الذي يشير إلى عدم قدرة الطفل على التركيز لمدة ملائمة على المثير المقدم له ، وغالباً ما يفقد انتباهه بشكل سريع جداً . والاندفاعية التي تجعل الطفل يبدو وكأنه يعاني من صعوبة في التفكير قبل التصرف ، الأمر الذي يجعله يبدو وكأنه يتصرف دون تخطيط مسبق أو دون تفكير في عواقب ما يفعله ، لذا غالباً ما نراه يتكلم في أشياء خارجة عن إطار الموضوع الذي يناقش أمامه . أما الأعراض الثانوية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه فهي: ضعف التنظيم أو الفوضوية ، وضعف العلاقات مع الأقران والرفاق ، والسلوكيات العدوانية ، وعدم الإشباع ، وتدني مفهوم الذات وتقدير الذات ، وأحلام اليقظة والسرمان ، وضعف التأزر ، ومشكلات الذاكرة، وعدم الثبات الانفعالي ذلك يناقش مع الأهل الخيارات العلاجية المتوفرة مثل العلاج الطبي ، والعلاج الغذائي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج المتكامل ، موضحاً إيجابيات ومحددات كل من الخيارات العلاجية السابقة . وفي الجزء الأخير من الجلسة يستعرض الأخصائي بشكل مختصر- الاضطرابات النمائية المصاحبة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه مثل صعوبات التعلم ، واضطرابات التصرف ، والاضطرابات اللغوية ، واضطرابات النوم، و اضطراب التحدي و المعارضة.

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة تدوين أهم الأنظمة والقوانين المطبقة على الأطفال حالياً في منزلهم ، وتحديد النتائج المترتبة على مخالفة الأطفال لهذه الأنظمة .

الجلسة الرابعة

الهدف العام للجلسة : تنظيم جدول القواعد والقوانين اليومية .

الأهداف الخاصة : ١- وضع جدول يومي منظم للطفل .

٢- تنظيم الاحتياجات اليومية للطفل .

٣- كيفية توضيح الأنظمة المنزلية الخاصة بقواعد السلوك للطفل .

خطوات سير الجلسة :

يقوم الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي قام بطلبه من الأسرة في الجلسة الماضية وذلك للوقوف على مدى التنظيم في البيئة الأسرية ، ويركز على مدى استخدام الأسرة وتفعيلها للقوانين من ناحية ، ومن الناحية الأخرى مدى التزامها بتطبيق العواقب المترتبة على عدم تقييد أطفالهم عموماً بالأنظمة والطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه بشكل خاص . يؤكد الأخصائي على أهمية القواعد التنظيمية الواضحة والثابتة للطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، ويذكر الأسرة بالطريقة التي قام باستخدامها مع الطفل في جلسة تعديل السلوك الفردية لتوضيح الأنظمة الخاصة بالجلسات التدريبية من ناحية : استخدام جمل قصيرة وواضحة تحتوي على الأنظمة الأساسية التي يجب على الطفل التقييد بها، المحافظة على التواصل البصري الفعال بين الطرفين ، واستخدام تعبيرات جسدية وإيمائية واضحة وحازمة

خلال ذلك ، و عدم إعطاء الطفل جميع الأنظمة دفعة واحدة لضمان فهمه لها ، و توجيه رسائل لفظية مباشرة وأخرى غير لفظية بأن البالغين وبخاصة الأم والأب هم الذين يوجهون الطفل وليس العكس .

هذا ويوجه الأخصائي الأسرة قائلاً : " عند توضيح الأنظمة المنزلية للطفل فأننا نخبره بما نتوقع منه أداءه وليس ما لا نريده أن يعمل ، فمثلاً قل للطفل أريدك أن تمسك بيدي ونحن في السوق ، و لا تقل له لا تتركني وتركض بعيداً عني ، ونركز على السلوك الإيجابي المرغوب مستخدمين عبارات مثل شاطر أو ممتاز مع مراعاة أن يتوافق ذلك مع الابتسام أو الترييت على الطفل ، ونراعي كذلك توضيح العقوبات المترتبة على ممارسة الطفل للسلوك غير المرغوب ."

وقبل أن يختم الأخصائي الجلسة يؤكد على أهمية أن يكون التعزيز أو العقاب الذي يحصل عليه الطفل نتيجة التزامه بالقوانين والأنظمة أو خرقها مباشراً لسلوكه مع مراعاة تجنب وضع العقاب الجسدي كنتيجة مترتبة على ممارسة الطفل لسلوكيات عدوانية .

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة بناء جدول يتلاءم مع احتياجات الطفل عبر الفترات الأساسية في اليوم ووضع أنظمة للسيطرة على سلوكياته فيها ، مثل أنظمة وقت الاستيقاظ والإفطار ، أنظمة وقت اللعب ، أنظمة وقت النوم ، ... الخ .

موضحين عواقب التقييد والخرق لهذه الأنظمة ، والبدء بتفعيل هذه الأنشطة خلال فترة تطبيق البرنامج .

الجلسة الخامسة

الهدف العام للجلسة : زيادة الوعي الذاتي للوالدين بدورهم في استثارة السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل وتنميتها .

الأهداف الخاصة : ١- مناقشة أثر الانتباه على سلوكيات الطفل .

٢- توضيح دور الأسرة في تدعيم السلوكيات غير المرغوبة من

خلال : التعزيز غير الملائم، وعدم وضوح القوانين

والضوابط ، وعدم الثبات في التعامل مع الطفل، وعدم

وجود واقعية في التطلعات المتوقعة من الطفل .

٢- كيفية تبني أسلوب تفاعلي إيجابي بين الأهل والطفل .

خطوات سير الجلسة :

يقوم الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي قام بطلبه من الأسرة في الجلسة الماضية ويؤكد على أهمية تفعيل وتطبيق الأنظمة المنزلية ، ومن ثم ينتقل لموضوع الجلسة الحالية الهادفة لرفع مستوى وعي الأهل بمساهماتهم في سلوكيات أطفالهم ، واضعين بعين الاعتبار أن الأهل قد يغفلون أحياناً الدور الذي يلعبه الانتباه في تشكيل السلوكيات عموماً وتقويتها أو أضعافها وإطفائها ، ويعمل الأخصائي على تشجيع الأهل على تقديم أفكارهم وبعض الأمثلة من حياتهم الواقعية لربطها بالواقع الحالي لطفلهم . هذا ويناقش الأخصائي الأهل ببداية ظهور بعض السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل وماهية ردود أفعالهم التي أعقبت هذه السلوكيات موضحاً أن الضحك على السلوك الذي يظهره الطفل ، أو تقليده ، أو تكرار ذكره أمام المحيطين ، جميعها تعتبر عوامل معززة تزيد من احتمالية تكرار الطفل للسلوك . كما أن افتقار البيئة المنزلية للقواعد المنظمة للسلوكيات اليومية ، أو عدم التقييد بتنفيذها في حال وجودها يساهم في زيادة السلوكيات غير المرغوبة ، ويؤكد الأخصائي على أهمية الثبات في التعامل مع سلوكيات الطفل بشكل عام ، والثبات عند التعامل مع السلوكيات غير المرغوبة خصوصاً ، وهنا قد يسأل الأخصائي الأهل " هل يوجد بينكما اتفاق فيما يختص بطريقة التعامل مع الطفل ؟ هل يتدخل الأقارب المحيطون بكم أو المقيمون معكم بطريقة تعاملكم ومعاقبتكم لطفلكم ؟ هل تتبنون نفس ردة الفعل عندما يكرر الطفل نفس السلوك حتى لو كنتم خارج المنزل ؟ " . ويوضح الأخصائي أن عدم الثبات في التعامل مع السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل يزيد من احتمالية تكرار الطفل للسلوك غير المرغوب لأن الرسائل المترتبة على سلوكياته والتي حصل عليها متعارضة أو غير ثابتة و غير واضحة .

ولتعديل سلوكيات الطفل وإكسابه سلوكيات تكيفية فإنه لابد من أن تكون المهام المطلوبة من الطفل ملائمة لقدراته حيث أن إعطاء الطفل مهام أقل أو أعلى من مستواه تساهم في زيادة سلوكيات التشتت والحركة المفرطة لديه .

في الجزء الأخير من الجلسة يساعد الأخصائي الأهل في استكشاف الطرق التي تجعلهم يتبنون أسلوب تفاعل أكثر إيجابية مع طفلهم من خلال توجيه الانتباه للسلوكيات التكيفية وتعزيزها بشكل موجه ، وتجنب تعزيز السلوكيات غير المرغوبة بالطريقة غير المباشرة ، والتأكد من وضوح القوانين للطفل وتطبيقها ، وتوحيد طريقة التعامل مع الطفل بين الوالدين والمحيطين بالطفل ، والتأكد من ملائمة توقعاتهم لقدرات طفلهم وإمكانياته كي يخلقوا أمامه فرص نجاح لا فشل .

الجلسة السادسة

الهدف العام للجلسة : زيادة السلوكيات المرغوبة باستخدام التعزيز المادي.

الأهداف الخاصة : ١- توضيح كيفية بناء جدول التعزيز الملائم .

٢- مناقشة بعض الحقائق حول التعزيز .

٣- توضيح طريقة الحصول على التعزيز المادي للطفل .

٤- تقديم المعززات المادية للطفل لزيادة مدى الانتباه وتقليل الحركة

والتنقل وأتباع التعليمات .

خطوات سير الجلسة :

يحرص الأخصائي خلال هذه الجلسة على توجيه الأهل نحو ضرورة البدء بالإجراءات الإيجابية لإدارة سلوكيات الطفل في المنزل ، وذلك من خلال تقديم الكثير من المدح والتشجيع المستمر والانتباه الإيجابي للطفل ، ويؤكد على أن التعزيز هو الخطوة الأولى لإدارة السلوك ، وأنه لا بد من تفعيل تكنيكات التعزيز لزيادة السلوكيات المرغوبة والمحافظة عليها ، ويبدأ الأخصائي بمساعدة الأهل على تحديد المعززات الفعلية للطفل وصياغتها في جدول يرتب تنازلياً وفقاً لتفضيلات الطفل ، لافتاً نظر الأهل بأنه لا يمكننا الحكم على شيء ما بأنه معزز لطفلنا حتى لو كان محبب لمعظم الأطفال ، إلا بعد تجريبه مع الطفل و ملاحظة تأثيره عليه ، موضحاً أن استخدام التعزيز الغذائي المادي مع الأطفال صغار السن و الذين يعانون من تأخر نمائي ، أكثر فعالية في تعديل سلوكياتهم، نظراً لكونه واضحاً ومفهوماً للأطفال في هذه المرحلة .

ويعتمد الأخصائي إلى التطرق إلى بعض النقاط التي غالباً ما يميل الأهل إلى التساؤل حولها والقلق بشأنها مثل : ١- أن التعزيز سيكون مكثف عند بداية العمل على الحد من السلوك غير المرغوب ، أو تشكيل وتثبيت سلوك مرغوب ثم سيقبل تدريجياً ولن يبقى بنفس الكثافة . لن يصبح سلوك الطفل مقروناً بالتعزيز للأبد ، ٢- سيصبح المحفز للطفل داخلي عندما يتمكن من أداء ما هو مطلوب منه . ٣- من الممكن الأقران بين أكثر من نوع و احد من المعززات (تعزيز لفظي و غذائي) في الموقف الواحد . ٤- إن تقديم المعززات الغذائية للطفل لا تعمل على زيادة حركة و نشاط الطفل وذلك لان المعززات التي تقدم للطفل تكون بكميات قليلة جداً، و من الممكن استبدال الحلويات بالمالح أو البدائل الطبيعية المغذية مثل الزبيب ، أو الكورن فليكس ... الخ . ٥- كلما ارتفع مستوى الطفل الإدراكي والعمرى كلما أصبح من الممكن استخدام التعزيز الرمزي أو المجرد معه (الملصقات ، النقاط التي تستبدل بشيء ما لاحقاً ، لوحات النجوم).

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة بناء جدول لمعززات الطفل مستخدمين معه طريقة التجريب والملاحظة وذلك لاستخدامها خلال فترة تطبيق البرنامج .

الجلسة السابعة

الهدف العام للجلسة : زيادة السلوكيات المرغوبة باستخدام التعزيز المادي.

الأهداف الخاصة : ١- توضيح طريقة الحصول على التعزيز المادي للطفل .

٢- تقديم المعززات المادية للطفل لزيادة مدى الانتباه وتقليل الحركة

والتنقل وأتباع التعليمات .

خطوات سير الجلسة :

يقوم الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي قام بطلبه من الأسرة في الجلسة الماضية ويراجع مع الأسرة معززات الطفل وترتيبها ، بعد ذلك ينتقل لمساعدة الأهل لمعرفة الطريقة التي يمكنهم من خلالها إيصال فكرة التعزيز للطفل ، ويستعين الأخصائي خلال ذلك بما قام هو نفسه بتطبيقه خلال جلسة تعديل السلوك الفردي مع الطفل والتي قام الأهل بمتابعة مجرياتها ، ويؤكد على أن توضيح فكرة التعزيز للطفل والكيفية التي سيحصل من خلالها على المعززات لابد أن يتم باستخدام جمل قصيرة وواضحة وتعبيرات وجهيه محفزة للطفل على الانتباه والانجاز للحصول على المعزز، مثلاً : إذا وضعت ملابسك في السلة سأعطيك....(المعزز)، إذا جلست بهدوء سأعطيك.... (المعزز) . مع ضرورة تقديم التعزيز بشكل مباشر بعد أداء الطفل للسلوك المرغوب وقرن التعزيز المادي بالتعزيز اللفظي كأن يقول الأب للطفل : " أنت شاطر وضعت ملابسك في السلة ، بابا سيعطيك(المعزز) " .

وهنا قد يحتاج الطفل لقيام الأم أو الأب بنمذجة السلوك المستهدف أمامه في حال عدم فهمه للمطلوب منه أو رفضه للتجاوب ، ولابد للأهل عدم الانصياع للطفل في حال عدم أداءه لما يطلب منه . مع ضرورة إجبار الطفل على تنفيذ ما يطلب منه عن طريق التوجيه الجسدي أو المساعدة الجسدية التامة ، وبخاصة إذا كانت الأوامر الموجهة للطفل تدخل ضمن إطار الأنظمة والقواعد المنزلية اليومية التي لابد للطفل أن يتعلم الانصياع لها . وفي ختام الجلسة يؤكد الأخصائي على الأهل ضرورة تقديم التعزيز في هذه المرحلة بشكل مكثف ومتواصل لتشجيع الطفل على التفاعل وزيادة مدى الانتباه .

الواجب البيتي :١- يطلب الأخصائي من الأسرة تحديد ثلاث من السلوكيات المرغوبة وثلاث من السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل والمرتبطة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. ٢- البدء بتفعيل عملية التعزيز عندما يتجاوب الطفل مع الأنظمة اليومية المنزلية التي سبق وأن بدأت الأسرة بتطبيقها .

الجلسة الثامنة

الهدف العام للجلسة : زيادة السلوكيات المرغوبة باستخدام التعزيز التفاضلي .

الأهداف الخاصة : ١- توضيح طريقة التعزيز للطفل .

٢- استخدام تقنيات التعزيز التفاضلي للسلوك غير المتوافق أو النقيض.

٣- تقديم المعززات للطفل لزيادة مدى الانتباه وتقليل الحركة والتنقل

وأتباع التعليمات .

خطوات سير الجلسة :

يبدأ الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي قام بطلبه من الأسرة في الجلسة الماضية ويناقش مع الأسرة كيفية تجاوب الطفل مع التعزيز الذي بدأت الأسرة بتطبيقه منذ الجلسة السابقة ، ويقوم بالإجابة على استفساراتهم وأسئلتهم بالخصوص . وضمن إطار التعزيز يقوم الأخصائي بمناقشة ماهية التعزيز التفاضلي الذي بدأ الأخصائي بتطبيقه مع الطفل في جلسة تعديل السلوك الفردي التي تابعت الأسرة مجرياتها عبر الزجاج العاكس ، ويلفت انتباه الأسرة كيف قام هو _أي الأخصائي _ بتعزيز الطفل على السلوك الملائم المضاد للسلوك المراد تغييره ، أي قام بتعزيز الطفل على جلوسه على مقعده ،

وانتباهه على المهارة التي أمامه ، وأتباعه لتعليمات الأخصائي ، وعدم اندفاعه لفظياً وسلوكياً ، وذلك لتقوية السلوكيات المذكورة سابقاً والحد من السلوكيات المناقضة لها مثل مغادرة المقعد ، وتشدت الانتباه ،... الخ ، و يتم تجاهل السلوكيات السلبية غير المرغوبة . وبنفس الطريقة يوجه الأسرة للعمل في المنزل مستخدماً القائمة التي حددتها الأسرة كسلوكيات غير مرغوبة حيث يقوم مع الأهل بتحديد السلوكيات المناقضة لها والتي هي بدورها عبارة عن سلوكيات تكيفية مرغوبة ، وذلك للعمل على تعزيزها عند ظهورها مع ضرورة عدم الالتفات للسلوكيات غير المرغوبة . موضحاً للأسرة بأن السلوك الذي يعزز سيزيد احتمالية تكراره، أما السلوك الذي لا يتلقى أية استجابة أو توابع فأن ذلك سيقبل من احتمالية ظهوره .

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة البدء بتفعيل التعزيز التفاضلي للسلوكيات المناقضة للسلوكيات غير المرغوبة التي سبق وأن حددتها الأسرة وتم مناقشتها خلال الجلسة .

الجلسة التاسعة

الهدف العام للجلسة : زيادة السلوكيات المرغوبة واللعب الانفرادي .

الأهداف الخاصة : ١- مناقشة المكاسب الثانوية التي يحرزها الطفل من سلوك مقاطعة الأهل .

٢- توضيح كيفية التعامل مع سلوكيات المقاطعة .

٣- استعراض بعض الخطوات التي تساعد الطفل على اللعب منفرداً .

خطوات سير الجلسة :

يبدأ الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي قام بطلبه من الأسرة في الجلسة الماضية ويجب على أية أسئلة واستفسارات لديهم ، ومن ثم ينتقل إلى الموضوع الذي يزعج معظم آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشدت الانتباه وهو عدم تمكنهم من ممارسة أية نشاط دون مقاطعة من أطفالهم . وهنا يسأل الأخصائي الأهل عن سبب هذا السلوك من وجهة نظرهم ، ويناقش استجاباتهم بالخصوص موضحاً أن ما يهدف إليه الأطفال من هذه المقاطعة ما هو إلا جذب انتباه الأم أو الأب !! ويخطئ الأهل بالتجاوب مع هذه المحاولات بإعطاء الطفل الاهتمام والذي هو بمثابة التعزيز لسلوكهم . في حين يجب عليهم تعزيز الطفل على عدم المقاطعة والانخراط في اللعب .

يقوم الأخصائي بإعطاء الأهل بعض التوجيهات التي تساعد الطفل على اللعب منفرداً ، أولاً: قم بتهيئة الطفل مستخدماً جملاً واضحة بأنك سوف تقوم بأداء نشاط معين وأنك لا تريده أن يقاطعك أثناء ذلك مستخدماً جملاً مثل " ماما ستقوم بالتحدث على الهاتف الآن وأنت أجلس وشاهد التلفاز ولا تقاطعني لو سمحت " . ثانياً : عندما تبدأ بتنفيذ المهارة التي أخبرت الطفل عنها توقف قليلاً واذهب للطفل وعززه على عدم المقاطعة ومن ثم عد لإكمال ما كنت تقوم به . ثالثاً : كرر ذات السلوك بعد انقضاء عدة دقائق ، رابعاً : قم بتقليل عدد مرات تعزيز الطفل بشكل متدرج وإطالة الوقت بين تعزيز وآخر بشكل متدرج لتدريب الطفل على البقاء منفرداً لأطول وقت ممكن دون مقاطعة . خامساً : عندما تلاحظ بأن الطفل على وشك إيقاف ما يقوم به ومقاطعتك ، أوقف ما تقوم أنت به وتوجه نحو الطفل وعززه على عدم مقاطعتك ، وأعد عليه التوجيه بالاستمرار في ما يقوم به وعدم مقاطعتك مراعيًا أن تكون المهارة أو النشاط الذي يقوم الطفل بممارسته حالياً نشاط

ممتع بالنسبة له. سادساً : مع ازدياد فترات انخراط الطفل في اللعب منفرداً ، وانخفاض عدد مرات مقاطعته لك ، سيصبح بإمكانك الثناء عليه أو التعليق على عمله عن بعد ، وبالتالي ستزداد الفترات التي تتمكن خلالها من العمل دون مقاطعة .

الجلسة العاشرة

الهدف العام للجلسة : استخدام بعض بدائل العقاب لخفض السلوك غير المرغوب .

الأهداف الخاصة : ١- توضيح أهمية العقاب وبدائله .

٢- مناقشة الغاية من العزل .

٢- توضيح طريقة تطبيق العزل .

خطوات سير الجلسة :

يناقش الأخصائي اليوم طريقة العقاب الملائمة التي يمكن للأهل استخدامها في حال أستمروا الطفل في ممارسة السلوك غير المرغوب ، ويوضح أن العقاب هو عبارة عن أي إجراء يؤدي إلى التقليل من احتمالية تكرار الطفل للسلوك ، وليس بالضرورة أن يكون العقاب عقاباً جسدياً أو بدنياً ، بل هناك أساليب أكثر فعالية وأقل إضراراً بنفسية الطفل وشخصيته ، وهنا يطلب الأخصائي من الأهل وصف بعض الإجراءات التي سبق لهم استخدامها في حياتهم وكان نتيجةها خفض سلوك معين وإيقافه ، ويناقش استجاباتهم ويوضح لهم أنه سيناقش معهم خلال هاتين الجلستين أسلوبي العزل والإطفاء . أما العزل فالمقصود منه حرمان الطفل من إمكانية الحصول على التعزيز في حال قيامه بالسلوك غير المرغوب وذلك لفترة زمنية محددة، ويمكن تطبيقه بطريقتين الأولى منع الطفل من الاستمرار في أداء النشاط الحالي من خلال وضعه في غرفة خاصة لا يتوفر فيها أي نوع من المعززات ، أما الطريقة الثانية فتتمثل في منع الطفل من الاستمرار في أداء النشاط الحالي عن طريق وضعه في زاوية أو بقعة معينة ضمن إطار نفس الغرفة .

ولنجح هذا الإجراء فإنه لابد على الأم أو الأب عند تطبيقه من النزول لمستوى الطفل ، وإجراء تواصل بصري مباشر معه ، واستخدام جمل واضحة ومباشرة تحدد السلوك غير الملائم الذي مارسه الطفل وإجراء العزل المطلوب منه تنفيذه ، فمثلاً يقول الأب للطفل " لأنك ضربت أخاك لن أسمح لك باللعب معه ، وستذهب لغرفتك الآن " أو " لأنك ضربت أخوك لن أسمح لك باللعب معه و ستجلس على كرسي الأشقياء في الزاوية " . ويقوم الأب بعد ذلك بمرافقة الطفل للمكان الذي حدده لقضاء مدة زمنية محددة ، مع ضرورة إلزام الطفل بالإجراء المطلوب منه حتى في حال رفضه لذلك ، وعدم السماح له بالمغادرة قبل انتهاء الوقت المحدد والذي يفترض أن يتراوح بين ٤-٦ دقائق للأطفال في هذه المرحلة العمرية . عند انتهاء مدة العزل يقوم الأب بالتأكد من أن الطفل على دراية بالسبب الذي عزل من أجله و يطلب منه الاعتذار عن سلوكه ، وعدم تكراره مرة أخرى . وهنا لابد على الأخصائي من أن يوضح للأهل أنه لضمان نجاح هذا الإجراء فإنه لابد من الانتظام والثبات في تطبيق إجراءات العزل في كل مره يحدث فيها السلوك ، الأمر الذي يتطلب منهم الصبر والمثابرة في تطبيق الإجراء وبخاصة في الفترة الأولى من التطبيق .

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة تحديد سلوك غير ملائم لدى الطفل والبدء بتطبيق إجراءات العزل معه ، وتدوين ملاحظاتهم حول كيفية تجاوب الطفل مع هذا الأجراء ، وإحضارها في الجلسة القادمة لمناقشتها .

الجلسة الحادية عشر

الهدف العام للجلسة : استخدام أساليب بدائل العقاب- التجاهل المنظم أو الإطفاء - .

الأهداف الخاصة : ١- تجاهل السلوكيات غير المقبولة .

٢- إلغاء أي شكل من أشكال المعززات التي تحافظ على استمرارية

السلوك غير المرغوب .

٣- تقديم المعززات للسلوكيات المرغوبة .

خطوات سير الجلسة :

يبدأ الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي قام بطلبه من الأسرة في الجلسة الماضية ويجب على أية أسئلة واستفسارات لديهم ، ومن ثم يقوم بتوضيح إجراء التجاهل المنظم الذي يعتبر من بدائل العقاب التي تهدف إلى الحد من احتمالية تكرار الطفل للسلوك غير المرغوب، ويسأل الأخصائي الأهل حول استخدامهم للتجاهل مع طفلهم ، والكيفية التي استخدموه من خلالها ، ومدى نجاح الأسلوب مع الطفل ، ويستخدم استجابات الأهل كمدخل لتوضيح معنى التجاهل المنظم والفرق بينه وبين التجاهل العشوائي ، ويوضح لهم بعض المبادئ الأساسية لتطبيق التجاهل المنظم مثل : تحديد المعززات التي تساهم بشكل كبير في حدوث السلوك غير المرغوب وتجنب التواصل البصري وعدم التحدث مع الطفل والابتعاد عنه جسدياً قليلاً ، وعدم أظهار أي شكل من أشكال الانتباه للسلوك غير المرغوب سواء كان على المستوى اللفظي المباشر أو على المستوى الجسدي أو التعبيري غير المباشر، بحيث لا يقوم بتوجيه أي نظرة توبيخ ، أو مظاهر استياء أو انزعاج من سلوك الطفل المرغوب في إطفائه ، عند استخدام أسلوب التجاهل المنظم . حيث تقوم الأم بعدم التجاوب مع الطفل عندما يبدأ بالصراخ أو البكاء الغير مبرر ، ومن ثم تقترب منه وتحدث معه بصوت منخفض فور هدوئه وترد عليه ، و تعززه عند ممارسته لسلوك مرغوب .

ويوضح الأخصائي أنه كما هو الحال في جميع إجراءات تعديل السلوك لابد أن تلي السلوك بشكل مباشر . ويربط بين

هذه التوجيهات وبين ما قام هو بتطبيقه مع الطفل في جلسة التدريب الفردي التي تابعها الأهل عبر الزجاج العاكس .

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة تحديد سلوك غير ملائم لدى الطفل والبدء بتطبيق إجراءات التجاهل المنظم ، وتدوين ملاحظاتهم حول كيفية تجاوب الطفل مع هذا الأجراء ، وإحضارها في الجلسة القادمة لمناقشتها .

الجلسة الثانية عشر

الهدف العام للجلسة : التدريب على الاسترخاء الجسدي والذهني .

الأهداف الخاصة : ١- توضيح الغاية من الاسترخاء.

٢- تطبيق الاسترخاء الجسدي والذهني .

خطوات سير الجلسة :

يبدأ الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي تم الاتفاق عليه مع الأسرة في الجلسة الماضية، ويؤكد أنه من المتوقع أن لا يتجاوب الطفل بشكل تام مع التجاهل في بداية التطبيق لأنه سيقاوم مثل هذا الأسلوب مؤكداً على أهمية الثبات والمثابرة على ذات الأسلوب . ويستغل شعور الأهل بثقل مسؤولية التعامل مع سلوكيات طفلهم المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لتوضيح الآثار السلبية على أداء الوالدين لواجباتهم عموماً ، الأمر الذي يجب أن يحثهم على العناية بأنفسهم وذلك من خلال تخصيص وقت خاص بهم لتقليل التوتر والضغوط النفسية التي يرون بها ، وذلك لتجديد النشاط الجسدي والذهني للتعامل بفعالية مع طفلهم ومتطلبات حياتهم اليومية ، ويقوم بمناقشة الأهل ببعض الطرق التي يرون بأنها قد تساعدهم في ذلك مثل ممارسة الرياضة أو بعض الأنشطة الاجتماعية أو الاسترخاء الجسدي والذهني . ومن ثم يقوم بتدريبيهم على كيفية ممارسة خطوات الاسترخاء الموصوفة في كتب تعيل السلوك لهذه الغاية .

الواجب البيتي : يطلب الأخصائي من الأسرة ممارسة خطوات الاسترخاء في المنزل ووصف مشاعرهم كتابةً قبل وبعد ممارسة الاسترخاء .

الجلسة الثالثة عشر

الهدف العام للجلسة : استخدام تقنيات تشكيل السلوك .

الأهداف الخاصة : ١- توضيح كيفية استخدام النمذجة .

٢- توضيح إجراءات التعزيز المنظم للسلوك المستهدف .

٣- شرح كيفية الانتقال بشكل منظم من مستوى أداء إلى آخر .

خطوات سير الجلسة :

يبدأ الأخصائي بمناقشة محتوى الواجب البيتي الذي تم الاتفاق عليه مع الأسرة في الجلسة الماضية ويناقش معهم التغذية الراجعة الواردة منهم حول عملية الاسترخاء ويوضح لهم أنه من الطبيعي أن لا يتمكنوا من الاسترخاء بشكل تام في الفترة الأولى من ممارسة الاسترخاء الجسدي ، إلا أنهم سيتمكنون من ذلك مع الممارسة الجادة لهذه التمرينات . بعد ذلك ينتقل لمناقشة موضوع الجلسة الحالية موضحاً أن الطفل المصاب بفرط الحركة و تشتت الانتباه يفتقر أحياناً إلى السلوكيات الاجتماعية المقبولة مثل تقديم الشكر ، والاستئذان ، والسلام عند الدخول والتوديع عند الخروج ، والعمل بهدوء ، والاستمرارية في أداء مهارة ما دون مراقبة مكثفة من البالغين ، وغيرها من السلوكيات المرغوبة والمتوافقة مع المرحلة العمرية للأطفال ما قبل المدرسة ، وفي هذه المرحلة التدريبية يفترض أن تكون قدرة الأهل على توجيه الطفل و السيطرة على سلوكياته أصبحت أعلى ، الأمر الذي يساعدهم على إكساب طفلهم بعض السلوكيات الجديدة، مؤكداً على الأهل أهمية تعليم الطفل السلوكيات المرغوبة من خلال نمذجتها أمامه ، سواء أكانوا هم النموذج الذي يؤدي أمامه السلوك بشكل مباشر ، أو كان النموذج أحد إخوة الطفل ، أو أياً من الأشخاص المقربين أو المفضلين لديه ، أو حتى بعض الشخصيات الكرتونية في الأفلام التي يشاهدها على التلفاز . ومن ثم تعزيره مادياً ولفظياً بشكل منظم عند أدائها ، ومن ثم الانتقال بشكل منظم من مستوى أداء إلى آخر وذلك لمساعدة الطفل على اكتساب السلوكيات وممارستها لاحقاً بشكل تلقائي .

الجلسة الرابعة عشر

الهدف العام للجلسة : ضبط سلوكيات الطفل في الأماكن العامة .

الأهداف الخاصة : ١- مناقشة سلوكيات الطفل في الأماكن العامة.

٢- استعراض الخطوات التي تساعد على ضبط سلوكيات الطفل في

الأماكن العامة .

خطوات سير الجلسة :

بعد قيام الأخصائي بالترحيب بالأسرة يسألهم عن كيفية سلوك طفلهم خارج المنزل في الأماكن العامة موضحاً لهم أنه عندما يصبح الطفل قادراً على إتباع الأنظمة والتوجيهات في المنزل، فإنه سيكون أكثر قدرةً على ضبط سلوكياته في الأماكن العامة مثل الحدائق العامة، والأسواق وغيرها ، ولزيادة قدرة الأهل على توجيهه وضبط سلوكياتهم في الأماكن العامة عليهم إتباع الخطوات التالية أولاً : قم بتحديد الأنظمة الأساسية التي يجب على الطفل التقيد بها قبل الدخول للمكان العام المقصود حيث تقوم الأم مثلاً بإيقاف الطفل قبل الدخول مباشرةً للسوق قائلةً : " أبق بجانبني ، وأمسك بيدي ، ولا تلمس أي شيء " . ومن ثم تطلب منه إعادة سرد هذه الأوامر عليها ، مع مراعاة عدم إعطاء الطفل أكثر من ثلاثة أوامر متتابعة كي يتمكن من فهمها وأتباعها ، وأن تكون هذه الأوامر مألوفة للطفل ومطبقة سابقاً في المنزل . ثانياً : وضح للطفل المكافآت التي سيحصل عليها في حال التزامه بتطبيق الأنظمة السابقة ، وكي تكون عملية التعزيز واضحة للطفل ومرتبطة بشكل مباشر بسلوكياته ، تعمل الأم على الاحتفاظ ببعض المعززات المادية في حقيبتها لإعطائها للطفل عند ممارسته للسلوكيات المرغوبة ، وتقرن المعززات المادية بالمديح الاجتماعي المستمر لتحفيز الطفل على مواصلة التصرف كما هو مطلوب منه . ثالثاً : حدد للطفل العواقب التي ستترتب على عدم تقيده بالأنظمة التي حددت له ، مثل الحرمان من التعزيز أو العزل مع ضرورة استخدام الحزم مع الطفل في حال عدم تقيده بالأنظمة . رابعاً : حاول إعطاء الطفل لعبةً أو نشاطاً ما لإشغاله إذا كان في مكان عام يتطلب منه الانتظار وذلك خلال التواجد في الطائرة مثلاً ، أو إشراكه في عملية التسوق خلال شراء المستلزمات المنزلية .

الجلسة الخامسة عشر

الهدف العام للجلسة : التقييم النهائي والإنهاء .

الأهداف الخاصة : ١- تطبيق للقياس البعدي باستخدام مقياس معاملة الأهل لأبنائهم المصابين

باضطراب فرط الحركة وتشتت .

٢- إنهاء البرنامج التدريبي وتوديع الأهل .

خطوات سير الجلسة :

خلال هذه الجلسة يقوم الأخصائي بالتعاون مع الأهل بتطبيق أداة القياس البعدي والتي هي مقياس معاملة الأهل لأبنائهم المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت ، وذلك بهدف المقارنة بين طريقة تعامل الأهل مع الطفل قبل وبعد البرنامج التدريبي ، وتحديد انعكاسات ذلك على سلوكيات الطفل وبخاصة تلك السلوكيات ذات العلاقة باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه .

وفي ختام الجلسة يقوم الأخصائي بتوديع الأهل ، وشكرهم على تعاونهم بحضور جلسات التدريب الأسري وقيامهم بتطبيق الواجبات البيتية ، كما ويشكرهم على إحضارهم الطفل للجلسات التدريبية ، والتزامهم بالمواعيد ، كما يقوم بالإجابة على استفساراتهم إذا وجدت.