



سلطنة عمان - مسقط
8-6 مايو 2012
17-15 جمادى الثاني 1433 هـ



الملتقى الثاني عشر
للجمعية الخليجية للإعاقة



الدمج المجتمعي الشامل في ضوء الإتفاقيات الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

آليات التعامل مع طلبة ذو ضعف الانتباه وفرط النشاط في فصول الدمج

ورشة تدريبية

إعداد

د. سميرة محمد عبدالوهاب

دولة الكويت

مقدم الى
الملتقى الثاني عشر للجمعية الخليجية للإعاقة
سلطنة عمان - مسقط
خلال الفترة من 6-8 مايو 2012م
الموافق 15-17 جمادى الثاني 1433 هـ

المقدمة:

يعد الانتباه من العمليات العقلية المهمة في حياة الفرد والتي تمكنه من الاتصال بالبيئة المحيطة به، واختياره للمنبهات الحسية المختلفة والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيف ويتوافق معها. ويشير سترو (Stroh,1980) أن الانتباه عملية عقلية نمائية، ولهذا يلاحظ على بعض الأطفال أنهم غير قادرين على التركيز وتنظيم نشاطهم الذهني نحو شيء محدد لفترة طويلة، إضافة لعدم قدرتهم على التحرر من العوامل الخارجية التي تشتت انتباههم.

والأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد غير قادرين على الاستقرار، أو التركيز لفترة طويلة من الزمن، وغير قادرين على إنهاء ما يطلب منهم، وهم اندفاعيون في تصرفاتهم. حيث يتحركون حركات مفرطة دون هدف واضح (Barkley,1990).

وهذا يؤدي بالتالي إلى تطوير علاقة غير سوية بين الطفل ووالديه، وبينه وبين معلميه، علاقة من شأنها أن تزيد من حدة المشاكل السلوكية لدى هذا الطفل.

لذا حظي اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لدى الأطفال باهتمام الباحثين في مجال كل من التربية وعلم النفس وبالأخص في الدول المتقدمة، لأنه إن لم يكتشف ويعالج مبكراً سيؤدي إلى مشكلات أكاديمية، وانفعالية، وسلوكية، واجتماعية، وأسرية. وقد تستغل المشكلة وينشأ عنها مشكلات أخرى متعددة، فالأطفال والمراهقون الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد بحاجة لكل معونة من قبل ذويهم ومعلميهم والمختصين للتغلب على أعراض هذا الاضطراب والمظاهر المصاحبة له.

فإرشاد الوالدين والمعلمين للتصرف الصحيح تجاه تلك المشكلات يعد من الأمور المهمة في هذا الصدد. حيث تعد كل من الأسرة والمدرسة من أهم مصادر تدريب وتأهيل الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، ويتحقق ذلك من خلال التزود بالمهارات والمعرفة اللازمة بوساطة التدريب والخدمات الاستشارية من ذوي الاختصاص لتلبية احتياجات هذا الطفل، وتنمية قدراته بما يناسب حالته ووضعه.

ومن هنا تبلورت الحاجة لعقد ورش عمل تدريبية للتعامل مع ذوي الحاجات الخاصة؛ لتدريب الآباء والمعلمين على التعامل مع هؤلاء الأطفال والتلاميذ في خفض حدة اضطراب الانتباه المصاحب بالنشاط الحركي الزائد لديهم، وذلك بتوعيتهم وتثقيفهم حول هذا الاضطراب والأعراض المصاحبة له، وتزويدهم بالمهارات السلوكية اللازمة لمواجهة السلوكيات غير المرغوبة.

اضطراب ضعف الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد:

تضاربت الآراء حول اعتبار اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد هو اضطراب قائم بذاته أو عبارة عن اضطرابات متعددة الأبعاد. ويرجع ذلك لاختلاف المصطلحات التشخيصية والوصفية لهذا الاضطراب؛ فقد أشار إليه العاسمي (2001) على أنه اضطراب ناشيء عن تلف في المخ، أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، أو زملة للخلل البسيط للمخ (Minimal Brain Damage Syndrom) أو رد الفعل الحركي الزائد (Hyper Kinetic Reaction). في حين يشير دليل التشخيص لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV,1995) إلى ثلاثة أنماط من الاضطراب هي:

نقص الانتباه

النشاط الزائد الاندفاعي

النشاط الزائد المصاحب لنقص الانتباه

ويقتضي هذا الدليل التشخيصي بعداً واحداً أو بعدين أساسيين لنقص الانتباه أو النشاط الزائد الاندفاعي لدى الطفل لمدة ستة أشهر على الأقل من أجل الحكم عليه بأنه يعاني من اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد.

وعلى الرغم من أن معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم أعراض مشتركة بين نقص الانتباه والنشاط الزائد الاندفاعي، إلا أن بعض الأفراد تكون عندهم أعراض إما لهذا النمط أو ذاك هي الغالبة والسائدة. ويمكن تشخيص هذه الأعراض باستخدام المعايير التشخيصية لاضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد (DSM-IV,1995).

ويعرف العاسمي (2001) ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد أنه اضطراب سلوكي يتسم بالاندفاعية وعدم الانتباه والحركة الزائدة غير الهادفة وغير مقبولة اجتماعياً، والذي تصاحبه مجموعة من الأعراض الثانوية مثل القلق، الاكتئاب، التحصيل الدراسي المنخفض، السلوك العدواني، ويكون هذا السلوك متكرراً وشديداً بالمقارنة مع سلوك الأطفال العاديين.

كما تعرفه يحيى (2003) وفق دليل التربية الخاصة لسنة 1993 هو نشاط جسدي وحركي حاد، ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه. بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابة الدماغ، أو قد تكون لأسباب نفسية. ويظهر هذا السلوك غالباً في سن الرابعة حتى سن ما بين (14-15) سنة.

ومن التوجهات البحثية الحديثة اعتبار قصور الانتباه مجموعة من الخصائص السلوكية المرتبطة باضطراب فرط النشاط (Conte,1998).

وبشكل عام فإن الانتباه " يعني قدرة الفرد على اختيار مثير محدد والاستمرار في التركيز عليه للمدة التي يتطلبها ذلك المثير". (سالم والشحات وعاشور، 2003، ص73).

في حين أن الصعوبات الخاصة بالانتباه هي عدم قدرة الفرد على الاستمرار في التركيز على مثير محدد لفترة محددة، وذلك إما لنشاط حركي زائد أو كثرة المثيرات المتنوعة والهامة حول الفرد وأن الطفل لديه صعوبة خاصة بالانتباه لهذه المثيرات.(سالم وآخرون، 2003).

1. أعراض ضعف الانتباه:

يعاني الأطفال المصابون باضطراب ضعف الانتباه من صعوبة في تحديد ما هو المهم وما هو غير المهم في محيطهم. والسبب أن كافة البواعث وحوافز تحديد أولويات وأهمية الأشياء تأتي إلى أدمغتهم مجتمعة حيث تعيش تنافساً لانتزاع التركيز عليها، الأمر الذي يتركهم حائرين شاردي الذهن ليس بمقدورهم التركيز ملياً ولا التمعن إلى الأشياء بانتباه، ويفقدون المقدرة على الثبات والاستمرار بإنجاز عمل معين لفترة زمنية مستمرة وطويلة نوعاً ما (سيلفر، 1996).

وينعكس ضعف الانتباه لدى الفرد على أدائه في المجالات الأكاديمية والاجتماعية والمهنية، حيث يتصف أداؤه بـ:

- الفوضى وعدم التنظيم مكانياً وزمانياً.
- ارتكاب الأخطاء والتي تتصف باللامبالاة والإهمال سواء في المدرسة أم البيت أم في المهام اليومية.
- عدم إكمال المهام المطلوبة منه والانتقال من مهمة لأخرى أو من لعبة لأخرى.
- تجنب المهام التي تتطلب الانتباه والتركيز.
- يظهر الفرد أحياناً بأنه لا يسمع أو يتابع ما يجري حوله، فهو يعاني من شرود وحيرة بحيث لا ينتبه لما يوجه إليه من طلبات.

وتتباين مظاهر ضعف الانتباه باختلاف المرحلة العمرية لهذا الاضطراب الذي يظهر في الطفولة وقد يمتد أو يستمر مدى الحياة. (الرويتع، 2002)

2. أعراض الاندفاعية (الاندفاع):

يفتقد هؤلاء الأطفال أو المراهقون المقدرة على التفكير بما سيقولونه أو سيفعلونه قبل قيامهم بعمل ما. الأمر الذي يحرمهم من التعلم من تجاربهم السابقة حيث لا يمكنهم تأخير ردود أفعالهم أو التحكم بها أو إعطاء أنفسهم الوقت الكافي للتفكير بما سوف يقولونه أو يفعلونه. وقد يصيبهم الندم عما قالوه أو فعلوه، ويغضبون من ذلك، ويعبرون عن غضبهم برميتهم للأشياء أو بضربهم لها. وهم يتصفون بـ:

- الميل للاستجابة إلى الأشياء دون تفكير.
- إجاباتهم غير وثيقة الصلة بالموضوع.
- لا يستطيعون الانتظار طويلاً في الدور.
- يتحدثون بشكل سريع ودون تفكير مسبق (العاسمي، 2001).
- الإقدام على سلوكيات خطيرة ومن ثم التعرض لكثير من الحوادث.
- مقاطعة الآخرين في الحديث وعدم التروي فيه.

ويجب الأخذ بالاعتبار أن الأعراض السالفة الذكر تتباين في أشكالها وصورها من فرد لآخر، مع تباين في الحدة، بحيث تكون واضحة جداً في الحالات الحادة، وأقل وضوحاً في الحالات المتوسطة والأقل منها (الرويتع، 2002).

3. أعراض النشاط الزائد:

وتتميز أعراضه لدى الأطفال بالحركة الزائدة، وعدم الاستقرار، وعدم الهدوء والراحة، وسهولة استثارتهم انفعالياً مما يسبب إزعاجاً للآخرين. ويلاحظ ذلك من خلال:

- عدم التوقف عن الحركة، وعدم القدرة على الجلوس أو الوقوف لفترة زمنية معينة.
- يكون الطفل عادة قلقاً متملماً عصبياً.
- تصدر منه حركات جسمية كثيرة وعشوائية كقرع الأصابع، أو اللعب بالقلم، أو حركة القدمين وضربهما على الأرض..... وغيرها.

وتتباين صور هذا الجانب حسب المرحلة العمرية من نشاط حركي واضح إلى تملل وملل، وصعوبة في البقاء ساكناً لفترة طويلة. (الرويتع، 2002)

الخصائص والأعراض المصاحبة لضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد:

هناك خصائص وأعراض مصاحبة لهذا الاضطراب تتوقف مظاهرها وحدتها على حدة الاضطراب ونوعه والمرحلة العمرية، ومن أهم تلك الخصائص:

(أ) **الجانب الانفعالي:** إن معظم أطفال ذوي النشاط الزائد يعانون من اضطرابات انفعالية كثيرة منها: الاكتئاب والإحباط وانخفاض مفهوم الذات، فهم يتعرضون لنبذ الآخرين ونفورهم بسبب ممارستهم السلوكية الشاذة وغير المقبولة، وما يحدثونه من جلبة وضوضاء. وعندما يشعر هؤلاء الأطفال بأنهم منبوذون ومكروهون ممن حولهم يشعرون بقلّة الشأن وعدم الأهمية، فيتدهور مفهوم الذات لديهم. كما أن فشل هؤلاء الأطفال في إقامة علاقات طيبة مع أقرانهم، وابتعاد زملائهم عنهم وتجنبهم لهم بسبب مشاكلاتهم وإزعاجهم لهم، يجعلهم في عزلة ومعرضين للإصابة بالاكتئاب والإحباط (إبراهيم، 1999).

إضافة إلى حدة الطبع والمزاجية، وعدم تحمل تأجيل المطالب، والعناد، والملل، وانخفاض الدافعية في الدراسة والعمل (الرويتع، 2002).

وقد توصل ستاتون وبرومباك (Staton & Brumback, 1981) إلى أن الأطفال الذين يصابون بالاكتئاب من جراء ممارستهم لسلوكيات النشاط الزائد تبلغ نسبتهم (75%) من مجموع الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، وأن الاكتئاب النفسي من أكثر الآثار الانفعالية السلبية للنشاط الزائد.

(ب) **الجانب الأسري والاجتماعي:** توصلت عدد من الدراسات إلى أن الأطفال من ذوي النشاط الزائد يفشلون في إقامة علاقات طيبة مع الآخرين، ويعانون من سوء التوافق ونقص المهارات الاجتماعية. حيث يمارس هؤلاء الأطفال حركات زائدة بشكل قهري ولا يهدؤون فينزعج من حولهم مما يؤدي إلى النفور منهم والإحجام عن التعامل معهم، فيحرم هؤلاء الأطفال من التفاعل الإيجابي مع الآخرين، ويصعب عليهم مشاركتهم أنشطتهم وألعابهم. وقد لوحظ أن هؤلاء الأطفال إذا اشتركوا مع أقرانهم في أية لعبة نظامية فإنهم لا ينتظرون دورهم بسبب اندفاعيتهم وتسرعهم، فتسوء العلاقات فيما بينهم وبين زملائهم. وهكذا يقع هؤلاء الأطفال في دائرة التفاعلات السلبية مع الآخرين. (لنداي ومور Landay & Moore, 1991)، وفريك وليهي (Frick & Lahey, 1991)، ووالين وكارول (Whalen & Carol, 1987) ووكر (Walker, 1987).

ويبدي هؤلاء الأطفال رغبة شديدة في أن يكونوا مقبولين من الأطفال الآخرين، غير أنهم يتسرعون بإصدار الأحكام على أقوال أو أفعال الآخرين دون تفكير. ولهذا فقد يفسر أحدهم حركة أو كلمة

قالها أحد الأقران على أنها إهانة له فيحدث منه رد فعل بناءً على هذا التفسير مما يؤدي إلى إثارة المشاكل والمشاجرات مع الأقران (سيسالم، 2000).

ت) **الجانب المعرفي:** وفيما يتعلق بهذا الجانب فالطفل يتصف بضعف التحصيل الدراسي، والرسوب المتكرر، وشروذ الذهن، وأحلام اليقظة، وضعف الذاكرة العاملة (working memory) ومعالجة المعلومات، وصعوبات تعلم، ونسبة ذكاء منخفضة قليلاً (وإن كان هناك فئة ذات ذكاء حاد وإبداعية مرتفعة)، وعدم إكمال التعليم وترك المدرسة. (الرويتع، 2002).

"إن أطفال ذوي النشاط الزائد يعانون من مشكلات تعليمية كثيرة فهم يواجهون صعوبات في تحصيل المهارات المعرفية، وانخفاض في مستوى التحصيل الدراسي، ويهدرون أوقاتهم في حركات عشوائية عديمة الجدوى لا يجدون وقتاً لتعلم المهارات المعرفية التي تحتاج إلى تركيز وانتباه، كما أنهم دائماً مشتتو الانتباه ولا يستطيعون التركيز، ويفشلون في أداء المهارات التي تتطلب السرعة في إنجازها، حيث تنقصهم الدافعية، وبيتعدون عن المهام التي تحتاج إلى تفكير" (إبراهيم، 1999، ص44).

كما أكدت دراسات أخرى حول المشكلات التي يعاني منها الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، بالمقارنة مع الأطفال العاديين. أن انتشار كثير من المشكلات بين أطفال ذوي النشاط الزائد تتعلق بالجانب التعليمي مثل: صعوبات التعلم، وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي، في حين كانت هذه المشكلات محدودة بين أطفال المجموعة الأخرى. تارنوسكي وفاي (Tarnowski & Vay, 1989)

كما توصلت دراسة هنكر ووالين (Henker, & Whalen, 1989) إلى أن أهم المشكلات التعليمية التي تشيع بين هؤلاء الأطفال هي: نقص الدافعية، وصعوبات التعلم، وضعف المهارات المعرفية، ونقص المعلومات الأساسية اللازمة لتوظيف الخبرة، وضعف في مهارة انتقال أثر التعلم.

الطرق المتبعة في معالجة اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد:

تتنوع هذه الطرق وتتراوح تبعاً لشدة وحدة الأعراض عند الطفل، من إقامة برامج إرشادية للوالدين في كيفية التعامل مع الأبناء، إلى وضع الطفل في إحدى المؤسسات العلاجية الداخلية المتخصصة بمعالجة هذا الاضطراب. ويتوزع على الخط الذي يصل بين هذين الطرفين عدد من العلاجات الدوائية والمعالجات السلوكية داخل الفصل، وفي المنزل، والمعالجات السلوكية المعرفية.

أولاً: العلاج بالعقاقير المنشطة:

تعد هذه الطريقة جزءاً هاماً من برنامج علاج تكاملي للأطفال فوق عمر خمس سنوات، من الذين تبلغ حدة الأعراض عندهم مستوى متوسطاً أو شديداً. ومن أمثلة هذه العقاقير الريتالين والسايبرات،

والديكستيرين، التي تساعد على اتساع مدى الانتباه وخفض مستوى الاندفاع السلوكي، مما يؤدي إلى رفع مستوى التحصيل، والإنجاز المدرسي، والانصياع للتعليمات. ومدى فاعلية الدواء تتراوح ما بين 3-8 ساعات، وهذا يتطلب أن يأخذ الطفل أكثر من جرعة في اليوم الواحد. (Fiorello, & Hyman, 1998)

ويبدي بعض الأطباء قلقهم حول الجرعات الزائدة لعدد من العقاقير العلاجية لاضطراب الانتباه والنشاط الزائد كالكلونيدين. حيث يسبب بعض العوارض الخطيرة كانهخفاض ضغط الدم، والكآبة، وضيق التنفس (Rogers Jr, 1999)

في حين يرى البعض الآخر من الأطباء أن العقاقير المستخدمة كعلاج لاضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد، تجعل متعاطي هذه الأدوية أقل ميلاً للإدمان على المخدرات مع تقدم العمر لاحقاً. ففي دراسة قام بها باحثون من مستشفى ماسوشوستش وكلية الطب بجامعة هارفارد ومدرسة هارفارد الطبية لوزارة الصحة للتعرف على الآثار الجانبية لتعاطي الأدوية العلاجية على مدى أربع سنوات لستة وخمسين طالباً يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الزائد، والمقارنة مع مجموعتين إحداهما تتضمن 19 طالباً يعانون من الاضطراب نفسه، إلا أنهم لم يتعاطوا أية عقاقير علاجية، والأخرى تتكون من 137 طالباً لا يعانون من أية اضطرابات. وجميع الطلبة أعمارهم لا تقل عن 15 عاماً. وأسفرت النتائج أن نسبة 75% من طلبة اضطراب الانتباه والنشاط الزائد الذين لم يتلقوا أي علاج طبي تعاطوا على الأقل مادة واحدة من المواد المدمنة والمخدرة، مقارنة مع 25% من الطلبة الذين يتلقون العلاج الطبي، و18% من الطلبة العاديين الذين لا يعانون من أية اضطراب (Biederman, Wilens, Spencer, and Faraone, 1999)

ثانياً: أساليب العلاج السلوكي:

يعد تعديل السلوك إحدى طرق العلاج النفسي في نظر المدرسة السلوكية. كما أنه فرع من فروع علم النفس التطبيقي، يستند إلى مبادئ التعلم الخاصة بتشكيل واكتساب السلوك. حيث يعد السلوك الإنساني متعلماً سواء أكان سويماً أم غير سوي، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد وكذلك محوه وإطفائه، وذلك وفق القاعدة التي نادى بها العالم سكنر وهي: "أن السلوك محكوم بنتائجه". ويعد تعديل السلوك إحدى الطرق العلاجية المستخدمة مع أطفال ذوي ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد (De Valenzulueta, Connery, & Musanti, 2000). ويهتم العلاج السلوكي برصد الاستجابات وردود الأفعال البيئية من قبل الأسرة والمحيطين بالطفل، وذلك قبل ظهور السلوك المشكل، وبعد

ظهوره. وهي الأسباب التي يتعرف عليها المعالج فيعمل على تعديلها، أو تغييرها للتخلي عن هذا السلوك. فهو يستند إلى "أن السلوك هو محصلة المؤثرات والظروف البيئية في تفاعلها مع الفرد، وأن جميع أنواع السلوك يمكن أن تتغير عن طريق إجراء تغيير في بيئة الفرد التي تضم جميع المثيرات المحيطة بالفرد والظروف المعيشية له وكل ما يمكن أن يتعرض له الفرد في حياته" (إبراهيم، 1999، ص60).

وتعتبر طرق تعديل السلوك من أكثر الطرق فاعلية في التعامل مع ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد في المواقف والبيئات المختلفة لهم، بما فيها البيئة الأسرية والمدرسية. ونستعرض هنا بعض الاستراتيجيات المستخدمة في التعامل مع هؤلاء الطلبة في فصول الدمج وهي:

1. التعزيز: يعرف التعزيز على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية، أو إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة (Repp, 1983). فأن نعزز سلوكاً ما، يعني أن نزيد من احتمال حدوثه مستقبلاً. ويسمى المثير (الشيء، أو الحالة، أو الحدث) الذي يحدث بعد السلوك، فيؤدي إلى تقويته بالمعزز (الخطيب، 2003).

والتعزيز إحدى الطرق المستخدمة مع أطفال من ذوي ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد، فقد قام باربر وميلش وولش (Barber, Milich, & Welsh, 1996) بدراسة لمعرفة أثر استخدام جداول التعزيز على أطفال يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد. وتكونت العينة من 90 طفلاً، تم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، الأولى تضم 45 طفلاً يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد. ثم وزعت كل مجموعة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات حسب نوع التعزيز، وهي: التعزيز المستمر، تعزيز متقطع، ولا تعزير. كل طفل في هذه المجموعات تعرض عليه مهام تتعلق بالذاكرة، والكلمات المترادفة، والكلمة المختلفة وجميعها ذات مستوى من الصعوبة. إضافة لما سبق أكمل كل طفل استبانة تتعلق باستراتيجيات التذكر التي استخدمها في أداء هذه المهام. أظهرت النتائج أن أداء الأطفال في كلتا المجموعتين كانت أفضل مع جداول التعزيز المستمر مقارنة مع المجموعات الأخرى.

2. النمذجة:

وهو التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين، والإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية، مرغوبة كانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم (الخطيب، 2003).

وهي أيضا العمليات التي من خلالها يتعلم الفرد بملاحظته لسلوكيات شخص آخر (Cormier & Cormier, 1985).

وفي دراسة أجرتها إبراهيم (1995) للتعرف على أثر أسلوب التعزيز والنمذجة في علاج النشاط الزائد لدى الأطفال. تألفت عينة الدراسة من أربع مجموعات متجانسة من الأطفال ذوي النشاط الزائد ولديهم إعاقة عقلية بسيطة، وليس لديهم أي إصابات عضوية أو جسمية. واستخدم مع المجموعة الأولى أسلوب التعزيز فقط، واستخدم مع المجموعة الثانية أسلوب النمذجة فقط، وتم علاج المجموعة الثالثة باستخدام الأسلوبين معاً، أما المجموعة الرابعة فلم تتلق أي نوع من العلاج. وبقياس مستوى النشاط الزائد لدى جميع الأطفال قبل بدء العلاج وبعده أوضحت النتائج انخفاض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال المجموعات الثلاث الأولى بعد العلاج، أما المجموعة الرابعة فقد ظل مستوى النشاط الزائد كما هو. وبتتبع الأطفال بعد انتهاء العلاج بفترة تقارب أربعة أسابيع اتضح استمرار انخفاض مستوى النشاط الزائد لدى أطفال المجموعات الثلاث المذكورة.

3. الإقصاء : ويعد الإقصاء time-out من طرق العقاب والتي يوصى به للتحكم والسيطرة على السلوكيات غير المرغوبة. وقد قام فايينو وآخرون (Fabiano, Pelham, Manos, Gnagy, Chronics, Onyango, Lopez, Burrows, Coles, Meichenbaum, Caserta, and Swain, 2004) بدراسة حول أثر الإقصاء ومدته على السلوكيات غير المرغوبة: كالعوانية والنشاط الزائد على 71 من الأطفال وذلك أثناء برنامج علاجي صيفي. وأظهرت النتائج خفض السلوكيات غير المرغوبة والمتمثلة بالعوانية والنشاط الزائد بدرجة ملحوظة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

4. برامج التحكم الذاتي بالسلوك: هي برامج تعليم استراتيجيات للتفكير بهدف الوصول إلى سيطرة الولد بشكل أفضل على سلوكه السيء (معوض، 2004).

وهي تعلم الأطفال التحكم بسلوكياتهم بحيث يتعلم الأطفال من خلالها ما يلي:

- الكف عن الاستجابة السريعة
- إعادة تذكر التعليمات المتعلقة بالمشكلة المطروحة
- وصف طبيعة المشكلة
- ذكر الطرائق البديلة في مواجهة المشكلة
- تقويم النتائج المترتبة على كل طريقة
- أخذ الحل المناسب و توجيه الذات وفقاً له ذاتياً
- تقييم السلوك الذاتي (Reid, Trout, & Schartz, 2005).

ويرى كيرن وآخرون (Kern, Ringdahl, Hilt, & Sterling-Turner, 2001) أن هناك طرقاً أخرى لضبط الذات من قبل الطلبة تتضمن إدارة الذات، ومراقبة الذات، وتسجيل السلوكيات، وتقييم هذه السلوكيات. ويمكن استخدام هذه الطريقة في زيادة أو تقليل بعض السلوكيات المستهدفة.

ويعتبر باركلي (Barkley, 1997, 1998) أن اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد هو نتاج عجز في الأداء أكثر منه عجزاً في المهارة، وهو ليس اضطراباً لمعرفة ما يمكن عمله ولكن هو فعل الفرد لما يمكن معرفته، ومن العناصر الأساسية لضبط الذات الوعي بالسلوكيات الحاضرة والسابقة. وهذا يسمح للفرد بتقييم هذه السلوكيات وتغيير ردود الفعل عند الضرورة. فالتغذية الراجعة تمكن من المقارنة بين ما يعمله الطفل وما يجب أن يفعله؛ بحيث يبقى على السلوكيات المرغوبة، ويعمل على تغيير غير المرغوب منها. لذا فأطفال اضطراب ضعف الانتباه المصاحب للنشاط الزائد بحاجة للتغذية الراجعة في أغلب الأحيان.

وقد وضع بينتريش (Pintrich, 2000) نظرية لضبط الذات تركز على التغذية الراجعة لأنها تقييم سلوكيات الفرد وتعد أساسية في تطور ضبط الذات، وتتكون من أربعة عناصر أساسية هي:
أ. مراقبة الذات: ويقصد به ملاحظة وتسجيل الفرد لسلوكياته المستهدفة، وتتضمن تمييز حدوث الاستجابة المستهدفة.

ب. مراقبة الذات والتعزيز: وهي تتضمن خطوات مراقبة الذات، والسلوك المستهدف إضافة إلى التعزيز وتقدير الذات، والفرد عادة ما يكافأ من قبل شخص آخر وهو التعزيز الخارجي.

ج. تعزيز الذات: وهي العملية التي من خلالها يقوم الفرد بأداء السلوك للحصول على الخط القاعدي، ومن ثم التعامل مع المثيرات التي تزيد من احتمالية السلوك (Mace et al, 2001).

د. إدارة الذات: ويطلق عليه أيضاً تقييم الذات، وهو يتطلب المراقبة، والتقييم، ومقارنة الفرد لبعض السلوكيات الصادرة منه وفق معيار أو مقياس خارجي (Mace et al, 2001).

إن إدارة الذات عدداً من المميزات والفوائد لأطفال اضطراب الانتباه والنشاط الزائد، فالعديد منهم يمتلك مهارات تؤهلهم للقيام بالسلوك المطلوب، إلا أنهم غير قادرين على أداء السلوك بشكل متوافق ومنسجم مع الوقت وذلك بسبب الصعوبة في إدارة الذات (Barkley, 1998).

كما أنها تقلل الكثير من المشاكل السلوكية التي غالباً ما تكون أعراضاً لأطفال اضطراب الانتباه والنشاط الزائد، فهي تحسن من الأداء الأكاديمي والدقة فيها. إضافة لما سبق فقد كانت ذات جدوى لأطفال يعانون من صعوبات أخرى منها صعوبات التعلم (Reid, 1996).

ففي دراسة قام بها ريد وآخرون (Reid et al, 2005) حول جدوى وفاعلية أربع طرق مختلفة لضبط الذات وهي: مراقبة الذات، تعزيز الذات، مراقبة الذات والتعزيز، وإدارة الذات؛ وذلك لدى واحد وخمسين طالباً يعانون من اضطراب الانتباه المصاحب للنشاط الزائد، ثلاثة منهم أكبر من 13 عاماً، وثمانية وأربعين آخرين أعمارهم أصغر من 12 عاماً. تبين أن التدخل من خلال إدارة الذات أدى إلى تحسن ملحوظ في سلوكيات الطلبة وأدائهم الأكاديمي مقارنة مع الطرق الأخرى.

ثالثاً: برامج الاسترخاء:

وفي هذه البرامج يطلب من التلميذ الجلوس والتنفس عميقاً لإرخاء عضلات جسمه، والتخلص من الغضب والتشنجات الداخلية والوصول إلى تعلم السيطرة على الذات. ومن الممكن العمل على تطبيق ذلك مع تلميذ واحد أو مجموعة من التلاميذ. مثال ذلك أن تضع المعالجة موسيقى هادئة، ويطلب من التلميذ أن يصغي إليها دون أن يفكر في شيء آخر، ثم تطلب منه أن يتنفس عميقاً بهدوء للاسترخاء، ثم يقوم بشد عضلات معينة مثل اليدين وإرخائها، والضغط على الأصابع ثم إرخائها، كذلك عضلات الرقبة والبطن والساقين. (معوض، 2004)

وقد قام بيك (Peck, 2005) بدراسة حول استخدام اليوجا كطريقة للاسترخاء لأطفال يعانون من ضعف الانتباه. وضمت العينة عشرة أطفال (3 ذكور، و7 إناث) من الفصول الثلاثة الأولى، والذين تم تحويلهم لمكتب الإرشاد المدرسي بسبب مشاكل الانتباه لديهم، ولم يتعاط أي منهم أدوية علاجية، ووزع الطلبة وفق المراحل الدراسية لهم. وتمت ملاحظتهم في الأسابيع الثلاثة الأولى لتحديد الخط القاعدي لهم، حيث تمت مراقبتهم لمدة عشر دقائق يومياً من قبل عدد من المدرسين، وكانت مدة انتباههم لا تزيد عن 20% مقارنة مع أقرانهم.

وفي الأسابيع الثلاثة الثانية والتي تضمنت حضورهم جلسات اليوجا وممارستهم للتأمل والاسترخاء، تم ملاحظتهم بمعدل 6 مرات أثناء أدائهم لمهامهم المدرسية، وجد أن فترة انتباههم يماثل فترة انتباه أقرانهم الأسوياء. وفي الأسابيع الثلاثة الأخيرة، والتي خصصت للمتابعة بعد انتهاء جلسات اليوجا، لوحظ انخفاض مدة انتباههم مقارنة مع أقرانهم في الفصل، إلا أنها كانت أعلى من الخط القاعدي المسجل لهم.

رابعاً: برامج الإرشاد الصفي:

وتقوم على إحالة الطفل إلى أماكن مخصصة للتربية الخاصة. وتستخدم برامج التعزيز الإيجابي بواسطة نظام المكافآت، مثل: استخدام قطع من البلاستيك تمثل النقود، والتي يحصل عليها الطفل عند

قيامه بالاستجابات المناسبة فيشتري بها الأشياء ، ويقوم المعلم بالإشراف على مدى انصياع الطفل للتعليمات والأنظمة، ويجري معه عقداً يتعلق بالجوانب السلوكية المختلفة (عرار، 2000).

بناءً على ما تم عرضه سابقاً، في كيفية التعامل مع ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، سيتم بتزويد كل من الآباء والمعلمين بالمهارات الأساسية في معاملة، وتعليم الطفل ذو ضعف الانتباه والنشاط الزائد، من خلال تعريفهم باحتياجاته وسبل إشباعها، وبكيفية توفير الخبرات والمواقف والأنشطة التي تستثير حواسه، وتنشط استعداداته، وتمكنه من زيادة معدلات تعليمه سواء في بيئة المنزل أو الفصل الدراسي، وتساهم في خفض أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. وهذا ما ستوظفه ورشة العمل الحالية من الآليات التالية:

- تعريف المشاركين باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط .
- أسباب اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط
- العلاج الدوائي والسلوكي لاضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط
- فنيات التعامل مع طلبة ذو ضعف الانتباه وفرط النشاط في الفصل.
- تدريبات عملية لزيادة فترة الانتباه لدى هؤلاء الطلبة (الانتباه للمثيرات البصرية، الانتباه للمثيرات السمعية).
- تصميم نماذج اختبارات وأسئلة لطلبة ذو ضعف الانتباه وفرط النشاط (تدريب عملي).

المراجع العربية:

إبراهيم، علا (1995). دراسة مدى فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

إبراهيم، علا (1999). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال. القاهرة: دار الكتب.

الخطيب، جمال (2003). تعديل السلوك الإنساني: دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية. الكويت: دار الفلاح.

الرويع، عبدالله (2002). اضطراب ضعف الانتباه / النشاط الزائد. مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية. القاهرة. مج2، ع6، ص 39-58.

سالم، محمد و الشحات، مجدي وعاشور، أحمد (2003). صعوبات التعلم التشخيص والعلاج.

عمان: دار الفكر.

سيبالم، كمال (2000). اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة: خصائصها، وأسبابها، وأساليب علاجها. العين: دار الكتاب الجامعي.

سيلفر، لاري (1996). مرشد الوالدين في اضطراب ضعف الانتباه مفرط النشاط لدى الأطفال

ترجمة الطراح، علي. الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

العاسمي، رياض (2001). اضطراب النشاط الزائد لدى الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة إكلينيكية. الرسالة التربوية المعاصرة، السنة الأولى، ع1، ص 36-62.

عرار، سامر (2001). اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط الاندفاعي: السمات، الأطوار،

العوامل، العلاج. الرسالة التربوية المعاصرة، السنة الأولى، ع1، ص 63. الأردن.

معوض، ريم (2004). الولد المختلف تعريف شامل لذوي الاحتياجات الخاصة والأساليب

التربوية المعتمدة. بيروت: دار العلم للملايين

يحيى، خولة (2003). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر

والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

- Barber, M., Milich, R., & Welsh, R. (1996). Effects of Reinforcement Schedule and Task Difficulty on the Performance of Attention Deficit Hyperactivity Disordered and Control Boys. **Journal of Clinical Child Psychology**, 25, 1996, p66-78
- Barkley, R. A. (1997). **ADHD and The Nature of Self-Control**. New York: Guilford.

- Barkley, R. A. (1998). **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment** (2nd ed.). New York: Guilford
- Barkley, R.A.(1990).**Attention Deficit Disorder, A Hand Book for Diagnosis and Treatment**. New York: The Gilford Press.
- Biederman, J. Wilens, T. Spencer, T. and Faraone, S. (1999). Boys treated with Ritalin for ADHD less likely to abuse drugs . **New York Amsterdam News**. 90, 33, P18.
- Conte, R (1998). Attention Disorders in B. Wong (eds) **learning About Learning Disabilities** (2nd Ed) San Diego Academic Press.
- Cormier, W.H., & Cormier, L.S. (1985). **Interviewing Strategies For Helpers, fundamental skills and cognitive behavioral interventions**. California :Brook/ Cole Publishing Company.
- De Valenzuela, J., Connery, M., and Musanti, S. (2000). The Theoretical Foundation Of Professional Development In Special Education: Is Socio Cultural Enough? .**Remedial and Special Education**. Mar/Apr, 21, 2, 111-120.
- Fabiano, G., Pelham, Jr., Manos, M., Gnagy, E., Chronics, A., Onyango, A., Lopez, A., Burrows, L., Coles, E., Meichenbaum, D., Caserta, D., and Swain, S.(2004).An Evaluation of Three Time-Out Procedures for Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorders. **Behavior Therapy**, 35, 3, 449-469.
- Fiorello, C., Hyman, I.(1998). Monitoring Medication Response In Attention Disorders. **Journal Of Learning Disabilities**. 31, 6, 579-580.
- Frick, P. J. & Lahey, B. B. (1991). The Nature and Characteristics of Attention-Deficit. **Hyperactivity Disorder-School Psychology Review**, 20(2), 163-173.
- Henker, B. & Whalen, C. K. (1989). Hyperactivity and Attention Deficits, "Children and Their Development". **Journal of American Psychology**., 44(2), 216-223.
- Kern, L., Ringdahl, J. E., Hilt, A., & Sterling-Turner, H. E. (2001). Linking self-management procedures to functional analysis results. **Behavior Disorders**, 26, 214-226.
- Landay, S. & Moore, L. (1991). Social Skills Deficits in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **School Psychology Review**, 20(2), 235-251.

- Mace, F. C., Belfiore, P. J., & Hutchinson, J. M. (2001). Operant theory and research on self-regulation. In B. Zimmerman & D. Schunk (Eds.), **Learning and academic achievement: Theoretical perspectives**. (pp. 39-65). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Peck, H. (2005). Yoga as an intervention for children with attention problems. **School Psychology Review**, 34,3, 415-424.
- Pintrich, P. (2000). The role of goal orientation in self-regulated learning. In M. Boekaerts, P. Pintrich, and M. Zeidner (Eds.) **Handbook of self-regulation** (pp. 451-502). San Diego, CA: Academic Press.
- Reid, R. (1996). Self-monitoring for students with learning disabilities: The present, the prospects, the pitfalls. **Journal of Learning Disabilities**, 29, 317-331.
- Reid, R., Trout, A., & Schartz, M.(2005). Self-Regulation Intervention for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders, **Exceptional Children**. 71, 4, 361- 377.
- Repp, A.D.(1983). **Teaching The Mentally Retarded**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rodgers Jr. (1999). Watch Out For Clonidine Toxicity In Children With ADHD. **Brown University Child & Adolescent Behavior Letter**. 15, 4, 1-2.
- Staton, R. M. & Brumback, R. A. (1981). Non-Specificity of Motor Hyperactivity as a Diagnostic Criterion. **Journal of Perceptual and Motor Skills**, 52(1), 323-332
- Stroh, C. (1980). **The Problem of Sustained attention**. New York: Grune & Stratton.
- Tarnowski K., & Vay, S. (1989). Locus of Control in Children with Learning Disabilities and Hyperactivity: A Subgroup Analysis. **Journal of Learning Disabilities**, 22(6), 381-383.
- Walker, Jason, L. (1987). Comparison of Specific Patters of Antisocial Behavior in Children with Conduct Disorder with or without Coexisting Hyperactivity. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**., 55(6), 910-913.
- Whalen, & Carol, K. (1987). Peer Perceptions of Hyperactivity and Medication Effects. **Journal of Child Development**, 58(3), 816-828.